



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS
DA VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)**

MEDICINA

**INTERNATO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
RELATOS DE VIVÊNCIAS**

ANA JÚLIA STIER STACECHEN

FOZ DO IGUAÇU

2022



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS
DA VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)**

MEDICINA

**INTERNATO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
RELATOS DE VIVÊNCIAS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Latino-Americano
de Ciências da Vida e da Natureza da
Universidade Federal da Integração
Latino-Americana, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Esp. Roberto de Almeida

FOZ DO IGUAÇU

2022

ANA JÚLIA STIER STACECHEN

**INTERNATO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
RELATOS DE VIVÊNCIAS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Latino-Americano
de Ciências da Vida e da Natureza da
Universidade Federal da Integração
Latino-Americana, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Esp. Roberto de Almeida
UNILA

Prof. Me. Alessandra Pawelec da Silva
UNILA

Prof. Me. Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Ana Júlia Stier Stacechen

Curso: Medicina

	Tipo de Documento
<input checked="" type="checkbox"/> graduação	<input type="checkbox"/> artigo
<input type="checkbox"/> especialização	<input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso
<input type="checkbox"/> mestrado	<input type="checkbox"/> monografia
<input type="checkbox"/> doutorado	<input type="checkbox"/> dissertação
	<input type="checkbox"/> tese
	<input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais
	<input type="checkbox"/> _____

Título do trabalho acadêmico: Internato de Urgência e Emergência no Sistema Único de Saúde: Relatos de Vivências.

Nome do orientador(a): Prof. Esp. Roberto de Almeida

Data da Defesa: ____ / ____ / ____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública [Creative Commons Licença 3.0 Unported](#).

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a todos os
pacientes com que tive contato ao
longo do curso.

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento imenso ao Senhor do Bonfim. Sem Ele, nada disso estaria sendo possível.

Agradeço aos meus pais. São a estrutura que permitiram que eu chegasse até aqui. Me apoiaram desde o momento em que decidi fazer Medicina, me levando em todos os locais de prova dos vestibulares, sem nunca me deixar desistir. Choramos (de felicidade) quando passei e choramos (de saudade adiantada) quando saí de casa, me mudado para a ponta oposta do estado. Sou grata por ter pais que me permitem seguir meus sonhos e que me apoiam incondicionalmente.

Ao meu irmão, meu agradecimento mais sincero. Deus nos envia anjos e tenho certeza que ele é um desses. Ele mantém viva nossa inocência e nosso senso de humor.

Agradeço ao meu marido (e dupla eterna de plantões) pelo companheirismo ao longo de todos os anos do curso. Na faculdade, estivemos juntos desde as discussões em MATRIZ I - quando as maiores preocupações eram descobrir onde pegar o Intercampi ou como chegar cedo no Madera para almoçar-, até os últimos módulos no Internato, nos quais acordamos no meio da noite para falar que “Lembrei porque não achei o exame de fulano. É porque no sistema está como suposto fulano”.

Aos docentes do curso, gratidão! Vocês receberam uma aluna recém saída do Ensino Médio e entregaram à sociedade uma profissional. Sabemos que o processo não é nada fácil. Obrigada por cada aula, ensinamentos, dicas, oportunidades. Obrigada pelas disciplinas Optativas, Projetos de Extensão e de Monitorias. Obrigada por acolherem nosso sonho da Medicina e nos guiar dentro dele.

Agradecimento especial aos nossos preceptores nos campos de estágio: médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, entre diversos outros profissionais. Apesar de não guardarem relação direta com a UNILA, nos aceitaram e estiveram sempre dispostos a nos ensinar. Por mais que seja dito durante o curso, na prática vimos como o cuidado em saúde é fundamentalmente multiprofissional. Sempre há o que aprender. Aqui, deixo uma lembrança especial para a Cléo, nossa eterna Cléozinha, uma participante mais do que especial nesse processo de formação profissional/pessoal.

RESUMO

O presente relatório tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas ao longo do Internato de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde, do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). O texto de Redes de Atendimento faz uma revisão bibliográfica sobre as Redes de Atenção de Urgência e Emergência e sua relação com o serviço de atendimento em Foz do Iguaçu e São Miguel do Iguaçu. A sequência se dá com a descrição e discussão teórica sobre dez casos clínicos com que houve contato durante os últimos três meses. As temáticas são variadas e passam por tentativa de suicídio, rebaixamento do nível de consciência, doença cerebrovascular, dengue, abdome agudo, insuficiência cardíaca, queimaduras, ferimento por arma de fogo, pneumonia e hemorragia digestiva alta. Também neste trabalho é exposto o relato de vivências ao longo do módulo, com ênfase nas reflexões obtidas nos atendimentos. Os procedimentos realizados são discutidos separadamente, com as especificações de cada um. Para finalizar, há uma proposta de intervenção sobre uma situação problema com que tivemos contato nos campos de estágio e uma reflexão sobre o artigo 25 do Código de Ética do Estudante de Medicina.

Palavras-chave: internato; urgência; emergência; vivências.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo describir las actividades realizadas durante el Internado de Urgencia y Emergencia del Sistema Único de Salud, de la carrera de Medicina en la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana (UNILA). El capítulo sobre Redes Asistenciales hace una revisión bibliográfica sobre las Redes de Atención de Urgencias y Emergencias y su relación con el servicio asistencial en Foz do Iguaçu y São Miguel do Iguaçu. En la secuencia sigue la descripción y discusión teórica de diez casos clínicos con los que se tuvo contacto durante los últimos tres meses. Los temas son variados y van desde intentos de suicidio, disminución del nivel de conciencia, enfermedad cerebrovascular, dengue, abdomen agudo, insuficiencia cardíaca, quemaduras, heridas de bala, neumonía y hemorragia digestiva alta. También en este trabajo se expone el relato de experiencias a lo largo del módulo, con énfasis en las reflexiones obtenidas en las consultas. Los procedimientos realizados se comentan por separado, con las especificaciones de cada uno. Finalmente, se presenta una propuesta de intervención sobre una situación problema con la que tuvimos contacto en los campos de prácticas y una reflexión sobre el artículo 25 del Código de Ética del Estudiante de Medicina.

Palabras clave: internado; urgencia; emergencia; experiencias.

ABSTRACT

The present report aims at describing the activities carried out during the "Urgency and Emergency in the Unified Health System " Internship of the Medicine course at the Federal University of Latin American Integration (UNILA). The chapter on Assistance Networks uses the bibliographical review on the "Urgency and Emergency Care Networks" to establish a relation with the assistance service provided in Foz do Iguaçu and São Miguel do Iguaçu. It is followed by the description and theoretical discussion of ten clinical cases accompanied during the three months internship. There are multiple themes, varying in range from suicide attempts, lowered level of consciousness, cerebrovascular disease to dengue, acute abdomen, heart failure, burns, gunshot wounds, pneumonia and upper gastrointestinal bleeding. The experiences throughout the module are also discussed, with emphasis on the reflections acquired during practice. The procedures performed are discussed in a separate chapter, specifying each one. Finally, an intervention proposal for a problem situation is presented, it is based on the contact developed within the internship fields and on article 25 of the Medical Student Code of Ethics.

Keywords: internship; urgency; emergency; experiences.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sistema Hierárquico de Atenção x Rede de Atenção à Saúde.....	15
Figura 2 - Componentes das RUEs.....	16
Figura 3 - Sistema de Manchester.....	20
Figura 4 - Graus de queimadura.....	25
Figura 5 - Regra dos Nove.....	26
Figura 6 - Escala de Glasgow: atualização 2018.....	30
Figura 7 - Ritmos chocáveis (A - TVsp, B - FV) e Ritmos não chocáveis (C - AESP, D- Assistolia).....	35
Figura 8 - Causas reversíveis de PCR.....	35
Figura 9 - Manejo de PCR em assistolia ou AESP.....	36
Figura 10 - Fluxograma de classificação de risco Dengue.....	51
Figura 11 - Escore de Ranson.....	57
Figura 12 - Etiologias da IC.....	60
Figura 13 - Classificação NYHA: Gravidade da IC.....	61
Figura 14 - Exemplificação de derrame pleural apresentado pelo paciente.....	63
Figura 15 - Manejo da Insuficiência Cardíaca.....	63
Figura 16 - Fluxograma de acordo com FAST.....	68
Figura 17 - PSI.....	74
Figura 18 - qSOFA.....	76
Figura 19 - SOFA.....	76
Figura 20 - Subdivisão dos produtos hemáticos.....	82
Figura 21 - Síndrome de Mallory-Weiss.....	83
Figura 22 - Etapas da higienização das mãos.....	85
Figura 23 - Profilaxia para tétano.....	88
Figura 24 - Posição da sonda nasogástrica	89
Figura 25 - Sondagem vesical: A - feminina, B-masculina.....	92
Figura 26 - Anatomia de vasos relevantes para CVC	94
Figura 27 - Anatomia de vasos relevantes para CVC femoral.....	95

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Posologia da noradrenalina para A.K.M.....	31
Quadro 2 - Causas de Rebaixamento do Nível de Consciência.....	32
Quadro 3 - Complicações eventuais das compressões torácicas.....	34
Quadro 4 - Quando encaminhar ao SVO ou ao IML.....	36
Quadro 5 - Critérios de Inclusão e Exclusão para Terapia Fibrinolítica.....	46
Quadro 6 - Propriedades do Midazolam.....	48
Quadro 7 - Posologia de fármacos da Emergência.....	57
Quadro 8 - Critérios de Framingham.....	61
Quadro 9 - Diagnósticos diferenciais de PAC.....	77
Quadro 10 - Causas de HDA por ordem de frequência.....	80

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REDES DE ATENDIMENTO: Integração da Atenção em Saúde	13
2.1 REDES DE ATENÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	13
2.2 REDES DE ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	15
2.2.1 RUE e o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar	16
2.2.2 RUE e Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h)	17
2.2.3 RUE e as Unidades Hospitalares	18
2.3 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	19
2.4 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: SALAS DE ATENDIMENTO	21
2.5 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: VAGA ZERO	22
2.5 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: RETENÇÃO DE MACA	22
3. CASOS CLÍNICOS	23
3.1 CASO CLÍNICO 1	23
3.2 CASO CLÍNICO 2	29
3.3 CASO CLÍNICO 3	37
3.4 CASO CLÍNICO 4	42
3.5 CASO CLÍNICO 5	48
3.6 CASO CLÍNICO 6	53
3.7 CASO CLÍNICO 7	58
3.8 CASO CLÍNICO 8	64
3.9 CASO CLÍNICO 9	69
3.10 CASO CLÍNICO 10	77
4. PROCEDIMENTOS INVASIVOS REALIZADOS	83
4.1 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	84
4.2 DRENAGEM DE ABSCESSO	85
4.3 SUTURA	87
4.4 SONDA NASOGÁSTRICA	88
4.5 SONDAGEM VESICAL	90
4.6 ACESSO VENOSO CENTRAL	92
4.7 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL	95
5. QUESTÃO-PROBLEMA EM SETOR DE ESTÁGIO	97
6. CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA: Reflexões	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	104

1. INTRODUÇÃO

O Internato de Urgência e Emergência do SUS é formado, dentre outros componentes, por 42 plantões. No início, em 13 de abril, 42 parecia um número muito grande, muito longo. Agora, olhando para trás, 42 foi um número pequeno perto de todo o crescimento e aprendizado que tivemos.

Passamos por 4 campos de estágio, na seguinte ordem: Unidade de Pronto Atendimento João Samek, Unidade de Pronto Atendimento Walter Cavalcante Barbosa, Complexo Hospitalar Municipal de São Miguel do Iguçu e Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Percebi que cada local tem um *modus operandi* e que todos funcionam, à sua maneira.

Nos tópicos que seguem, há uma pequena parte das experiências e conhecimentos teóricos que obtive durante esses meses, por meio de dez casos clínicos. Muito além do contato direto com raciocínio clínico, tivemos contato com pessoas, sentimentos e crenças. Medicina é isso.

2. REDES DE ATENDIMENTO: Integração da Atenção em Saúde

2.1 REDES DE ATENÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

De acordo com o Dicionário Aurélio, redes são “o conjunto de estabelecimentos (...) que se destina a prestar determinado tipo de serviço” (REDE, 2010). As Redes de Atenção à Saúde (RASs) têm como objetivo atender as necessidades em saúde da população por meio de uma organização articulada dos serviços de saúde existentes. Por estar sob vigência do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, as redes são norteadas pelos princípios de equidade, integralidade e universalidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016).

Para compreender as redes, é primordial conhecer os níveis de atenção e as tecnologias fornecidas aos usuários. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o pilar das RASs e é concentrada nas Unidades de Saúde, possuindo baixa complexidade e prestando “atenção ambulatorial, (...) serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população (...)” . Além disso, é responsável pelo direcionamento dos pacientes aos níveis de intermediária e alta

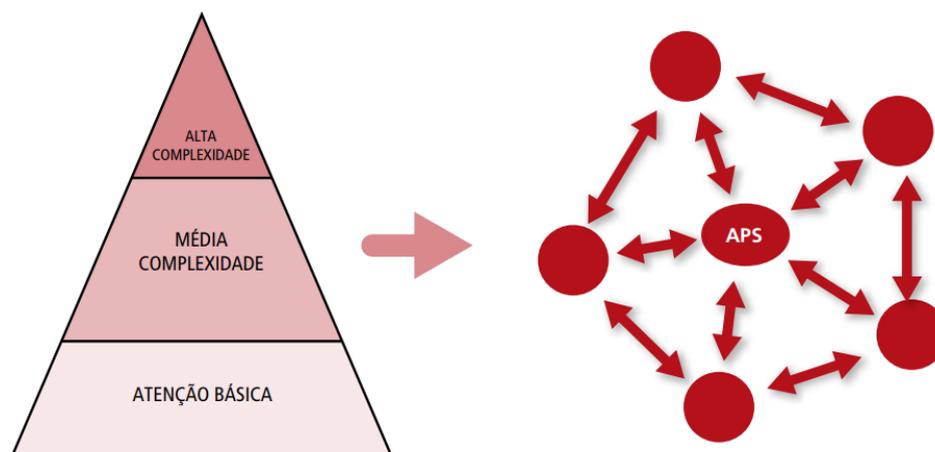
complexidade, e tem como foco a coordenação do cuidado e do atendimento longitudinal dos indivíduos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Foz do Iguaçu conta com 29 Unidades de Saúde disponíveis para atender os usuários adscritos aos territórios pré-estabelecidos e São Miguel do Iguaçu (SMI) conta com 12. Apesar de não ter tido contato com as Unidades de Saúde de SMI, passamos pelo Internato em APS, no qual estivemos durante 5 meses diariamente acompanhando e fazendo parte do contexto da Atenção Primária. Posso dizer que, pelo menos na Unidade de Saúde São Roque todos os ideais propostos acima eram cumpridos.

Os níveis de Atenção Secundária e Terciária são definidos como “pontos da rede nos quais se ofertam serviços especializados, com diferentes densidades tecnológicas e servem de apoio à Atenção Primária” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016). Foz do Iguaçu conta com diversos locais de atendimento de média e/ou alta complexidade, como exemplo as duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), UPA João Samek e UPA Walter Cavalcante Barbosa, e dois hospitais de alta densidade tecnológica - Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) e Hospital Ministro Costa Cavalcante (HMCC). Neste contexto, também se insere o Complexo Hospitalar de São Miguel do Iguaçu.

De acordo com Mendes (2007), as RASs estão estruturadas em três pontos. O primeiro é ter um público de atendimento definido, podendo estar ou não dividido em distritos de atenção. O segundo é haver pontos de atenção à saúde que sejam centrados e articulados na APS, sendo que os locais de apoio a essa rede devem atender a todos os elementos constitutivos e deve haver unificação entre pontos de comunicação desse sistema (prontuários, regulação, transporte sanitário, entre outros). O terceiro ponto é haver uma lógica de funcionamento dessa RASs.

O conceito de rede atenção não está baseado na hierarquia dos níveis de complexidade dos pontos de atendimento ofertados à população, mas sim na articulação entre os seus diversos componentes (MENDES, 2011).

Figura 1 - Sistema Hierárquico de Atenção x Rede de Atenção à Saúde

Fonte: Mendes, 2011.

Na cidade de Foz de Iguaçu pudemos perceber que há uma RASs, porém fragmentada. De fato, a rede é embasada na APS, há regulação das necessidades em saúde e ocorre referência entre os pontos de atenção. Porém, nota-se a falta de contrarreferência aos profissionais sobre o atendimento prestado nos diferentes pontos de atenção. Exemplo: o Médico de Família, ao encaminhar um paciente ao Pré-Natal de alto risco com o obstetra, raramente recebe uma contrarreferência do especialista, ficando a cargo do paciente a descrição do que foi efetuado em consulta. Querendo ou não, o atendimento fica em partes fragmentado.

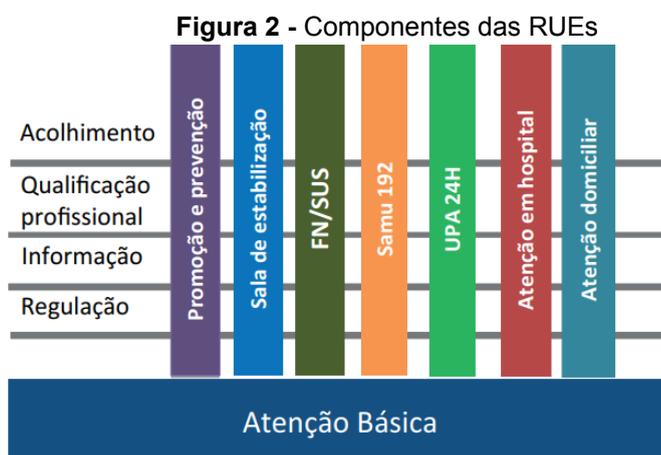
Outro ponto deficitário é a falta de articulação entre os prontuários. Apesar da Atenção Primária e das Unidades de Pronto Atendimento utilizarem a mesma plataforma para registro de atendimentos em Foz, isso não acontece com todos os componentes da atenção especializada, como é o caso do HMPGL e do HMCC.

Em SMI pudemos perceber um cenário parecido. As Unidades de Saúde parecem contar com um sistema eletrônico de registros, ainda que nem todas o utilizem. Esse mesmo sistema é disponível no Complexo Hospitalar, mas somente nos consultórios que atendem a demanda espontânea. Nos setores de internamento todos os prontuários são manuais, dificultando que outros profissionais da rede tenham acesso ao atendimento prestado ao paciente -ainda que na alta seja dado um resumo do que ocorreu durante o período de estadia no serviço.

2.2 REDES DE ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Em 7 de julho de 2011, o Ministério da Saúde divulgou a Portaria nº 1.600, que institui no SUS a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUEs), a fim de promover melhor atendimento aos quadros agudos da população, tendo como exemplos complicações agudas de doenças cardiovasculares, violências interpessoais, acidentes de trânsito, entre outras. A Portaria citada regulamenta quais são os elementos constituintes dessa RUE (Figura 2):

Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011a).



Fonte: Brasil, 2013a.

2.2.1 RUE e o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) faz parte do atendimento Pré-Hospitalar e fornece transporte e suporte em saúde aos indivíduos com agravos primariamente clínicos, como dor torácica, intoxicação, crise convulsiva, síncope. O número telefônico para acionar o serviço é o “192”, que conta com uma Central de Regulação das Urgências para moderar as demandas. (PARANÁ, s.d.)

De acordo com a Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012, a Central de Regulação é composta por uma equipe de médicos com capacitação em regulação, técnico auxiliar de regulação médica e rádio-operador. Com o previsto na portaria, para uma cidade com o porte de Foz do Iguaçu (até 350.000 habitantes), a equipe

de regulação deve ser formada por ao menos um médico de dia e um à noite, dois telefonistas auxiliares durante o dia e um à noite, e um rádio-operador, tanto de dia quanto de noite (BRASIL, 2012a).

Há diversas modalidades de Unidades Móveis para atender à população. A Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre conta com ao menos dois profissionais, sendo estes o condutor do veículo e um técnico ou auxiliar de enfermagem. A Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre conta com, no mínimo, três profissionais, sendo estes o condutor, um enfermeiro e um médico. Há também equipe de Aeromédico (no mínimo um médico e um enfermeiro), Motolância (conduzida por profissional de nível técnico ou superior em enfermagem), Veículo de Intervenção Rápida (composta por condutor, médico e enfermeiro) e Equipe de Embarcação (no mínimo dois ou três profissionais, sendo um condutor e um auxiliar/técnico de enfermagem, se suporte básico, e enfermeiro e médico, no caso de suporte avançado de vida) (BRASIL, 2003).

Apesar de não estar regulamentado nos componentes da RUE, outra modalidade de Atendimento Pré-Hospitalar é o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE). Este é regido por uma Central de Operações do Corpo de Bombeiros (COBOM), e tem como telefone de emergência o “193”, que, assim como o SAMU, dispõe de uma Central de Regulação. O SIATE é responsável pelo atendimento de acidentes de trânsito, queimaduras, ferimentos por arma branca ou arma de fogo, agressões, quedas, entre outros (PARANÁ, s.d.).

Durante as práticas vimos como esses serviços funcionam bem. Em uma situação de TCE grave ocorrida em São Miguel, em menos de 7 minutos o SIATE atendeu a ocorrência e levou o paciente ao hospital. Então, foi solicitada transferência para o HMPGL de maneira urgente, visto a instabilidade do quadro. Em menos de 30 minutos a Unidade de Suporte Avançado, vinda de Foz, chegou ao Complexo para transferir o paciente. Pelo menos nessa parte, eu considero a rede muito bem articulada, até mesmo de maneira inter-municipal.

Outro ponto percebido foi a importância da regulação médica na central, assim como a dificuldade que este cargo enfrenta ao mediar situações em que as informações são passadas à distância, muitas vezes por pessoas leigas em saúde.

2.2.2 RUE e Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h)

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são locais de atendimento de complexidade intermediária, sendo responsável pelo entremeio entre a APS e a atenção especializada/hospitais. As UPAs devem fornecer assistência de forma ininterrupta para a população: sete dias por semana, durante as 24 horas diárias. Os cuidados ofertados nesse componente da RUE visam intervir nas condições de saúde, por meio de estratégias como o acolhimento, a classificação de risco e o atendimento de quadros agudos com avaliação diagnóstica e terapêutica - a qual pode envolver contrarreferência para os outros pontos da RUE, de acordo com a gravidade da situação. Quanto ao tempo máximo de internação neste serviço, a legislação que rege as UPAs determina que o prazo entre o delineamento do diagnóstico e a estabilização não deve ultrapassar 24 horas. Atingido esse prazo, o paciente deve ser encaminhado para as demais instâncias de tratamento, incluindo a rede hospitalar (BRASIL, 2017).

Durante o Internato em Urgência e Emergência, pude perceber que tanto a UPA João Samek, quanto a UPA Morumbi, absorvem boa parte da demanda de complexidade intermédia do município, contrarreferenciando os casos para as Unidades Básicas ou para o HMPGL/HMCC. Todavia, contrário ao previsto em normativas, o tempo de internamento constantemente ultrapassa as 24 horas previstas devido à vasta demanda de pacientes e ao alto grau de lotação nos Hospitais de Referência.

Em casos de necessidade imediata de intervenção complexa, com risco de vida do paciente, as transferências aos hospitais ocorrem com maior agilidade, como foi um caso que pude acompanhar na UPA João Samek: paciente feminina, 63 anos, apresentando rebaixamento de nível de consciência há 1 dia; exame de Ressonância Magnética (RNM) particular evidenciando Acidente Vascular Encefálico (AVE) hemorrágico extenso, já com desvio de linha média e provável herniação. A transferência ao serviço de neurologia do HMPGL foi solicitada e, antes mesmo de abrir pedido como vaga zero, a vaga hospitalar saiu e o transporte pelo SAMU foi efetuado. Tudo isso em menos de 30 minutos.

São Miguel do Iguaçu não conta com UPA propriamente dita, mas absorve essa demanda diretamente no hospital regional, atendendo toda busca espontânea.

2.2.3 RUE e as Unidades Hospitalares

A rede hospitalar de Urgência e Emergência deve ser responsável por atender as demandas em saúde de média e alta complexidade, por meio de métodos diagnósticos e de leitos de internamento nas modalidades clínicas, cirúrgicas, intensivas e de cuidados prolongados (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2015).

A diferenciação hospitalar se dá pela relação quantitativa de demanda populacional e oferta profissional especializada. Um Hospital Geral atende até 200.000 habitantes e conta com “clínico geral, pediatra, cirurgião, anesthesiologista, enfermeiros, técnicos”. Hospitais Especializados Tipo I devem cobrir entre 201 a 500 mil habitantes e proporcionar pelo menos uma modalidade de atendimento de alta complexidade como “neurocirurgia e/ou traumatologia e/ou cardiologia/cardiovascular ou pediatria”. Já os Hospitais Especializados Tipo II devem abranger uma população acima de 501 mil habitantes e conter pelo menos duas referências de atendimento especializado, como citado acima para o Tipo I (BRASIL, 2013a). Em Foz do Iguaçu, apesar da população estar entre 200 e 300 mil habitantes, há hospitais especializados do tipo II.

Em relação às demandas prioritárias, a atenção hospitalar deve priorizar o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), o AVE e o Politrauma, por considerar dados epidemiológicos que demonstram que estes estão entre as primeiras causas de morbimortalidade no país (BRASIL, 2013a).

Percebe-se uma rede articulada entre estes serviços hospitalares. Situações complexas gineco-obstétrica, onco e cardiológicas são encaminhadas ao HMCC. Já os demais casos são absorvidos pelo HMPGL. Vale lembrar que Foz se configura como o centro da 9ª Regional de Saúde, recebendo pacientes vindos de todos os municípios que desta região fazem parte.

2.3 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, determina que deve ser instituída a estratégia de acolhimento e de triagem de classificação de risco a todo indivíduo que busque o serviço de Pronto Atendimento. A normativa determina que o acolhimento com triagem:

(...) deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (...) (BRASIL, 2002a).

A primeira conduta da classificação de risco deve ser definir se a demanda apresentada se trata de uma urgência ou emergência em saúde. A emergência é definida como um agravo em saúde em que há risco imediato de morte ou de sofrimento ao paciente, necessitando de intervenção imediata, como exemplo parada cardiorrespiratória (PCR), IAM, politrauma. Já a urgência pode ou não cursar com risco de vida, mas que também há necessidade de rápido atendimento, exemplo: trauma moderado a leve, convulsões.

Para a triagem dos pacientes, há diversos modelos criados a nível mundial, com exemplo o Australasian Triage Scale, que considera o tempo de espera de acordo com a gravidade, o Emergency Severity Index, que prioriza o atendimento de acordo com a necessidade de recursos, e o Sistema Manchester, que utiliza cores para simbolizar a gravidade da queixa e o tempo de espera para o atendimento (MENDES, 2011). Este último é o modelo utilizado nos serviços de Urgência e Emergência de Foz do Iguaçu e São Miguel.

O Sistema de Manchester não é guiado por diagnósticos, mas sim por sinais e sintomas apresentados pelos pacientes. Nesse sistema, a partir da demanda em saúde, o usuário é classificado por um número, uma cor, um nome e um tempo-alvo de atendimento médico, conforme demonstrado na Figura 3 (Mendes, 2011).

Figura 3 - Sistema de Manchester

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO EM MINUTOS
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: Mendes, 2011.

Apesar do Sistema de Manchester estar implantado e fundamentado entre os profissionais de saúde no município, percebe-se que falta, por meio dos funcionários, uma explicação da forma de triagem aos pacientes, mas falta também entendimento e compreensão por parte dos indivíduos que buscam atendimento.

Por diversas vezes, ao longo do Internato de Urgência e Emergência (UE), vivenciamos discussões acaloradas, envolvendo até mesmo invasão de consultórios médicos por parte dos pacientes, devido a seguinte queixa “por que esta outra pessoa foi chamada antes de mim, se estou há mais tempo aqui?”. Para nós como estudantes de Medicina, e conhecedores do mecanismo de triagem, é fácil julgar os pacientes por seus comportamentos mais exaltados. Entretanto, para aquela pessoa que está às três horas da manhã em uma Unidade de Pronto Socorro, com dor, e aguardando há quatro horas por atendimento, o entendimento e a empatia não são a sua prioridade.

Com o intuito de tentar reduzir o fluxo de atendimento nas UPAs no município, a triagem para o atendimento nesses estabelecimentos começou a ser feita pelo médico. A avaliação por este profissional direciona se a queixa do paciente é de caráter de pronto-atendimento ou se pode ser manejada no contexto de APS. Se for definida a segunda opção, o indivíduo é encaminhado para a sua Unidade Básica de referência.

2.4 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: SALAS DE ATENDIMENTO

No contexto de Urgência e Emergência, a partir da classificação de risco, há três principais eixos de atendimento: vermelho, amarelo e verde.

A área vermelha é dita como a área de emergência, na qual é prestado o atendimento imediato aos indivíduos que apresentam risco de vida ou que necessitam de reanimação/procedimentos invasivos. A área amarela abriga os indivíduos estabilizados, porém que ainda necessitam de supervisão clínica ou de transferência para outro nível de complexidade. Já a área verde contém os espaços de observação e que precedem a alta ou a transferência para outro estabelecimento sem caráter de urgência (BRASIL, 2009a).

Em todos os serviços em que prestamos estágio a delimitação entre os três eixos eram muito bem delimitados. Indivíduos atendidos em sala vermelha eram rapidamente examinados, estabilizados e direcionados aos setores correspondentes, podendo ser UTI, UCI ou até mesmo observação, quando conveniente.

A maioria dos plantonistas costumava deixar as salas vermelhas vazias, prontas para prestar atendimento às pessoas que chegassem. Nos outros setores eu vi faltar espaço para paciente. Na emergência, dificilmente.

2.5 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: VAGA ZERO

De acordo com a Resolução nº 2.077/14 do Conselho Federal de Medicina (CFM), “A “vaga zero” é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso”. Dessa forma, a vaga zero é uma medida utilizada para transferir indivíduos em situação crítica para o Atendimento Hospitalar Especializado da forma mais precoce e rápida possível. Não devem ser regulados como vaga zero: pacientes terminais, pacientes que necessitem de observação prolongada, casos de traumatismo cranioencefálico (TCE) sem alterações clínicas/radiológicas, imobilização primária, suturas simples.

Com o intuito de garantir o atendimento para o paciente grave, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.048/GM, instituiu que o médico regulador pode encaminhar pacientes críticos para o hospital de referência, mesmo que não existam leitos vagos ou condições de atendimento (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014; BRASIL, 2002a).

Como dito, a vaga zero constitui uma medida de última escolha para pacientes com risco de vida.

Em uma única ocasião vi uma paciente sendo regulada como vaga zero vinda da UPA João Samek. Seu caso era realmente grave, necessitando de intervenção imediata. Em várias outras situações, mesmo sem leito, o HMPGL aceitava o paciente por entender o risco iminente de morte. Nesses casos, o que acontecia era a retenção da maca do serviço de transporte, até a liberação de leito no setor.

2.5 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: RETENÇÃO DE MACA

Ao longo do estágio, diversas vezes me deparei com a enfermagem dizendo aos socorristas de SAMU/SIATE: “vou ter que reter a maca em que o paciente está”. A minha pergunta era sempre: por quê?

De acordo com o Protocolo Operacional Padrão do SAMU 192, Regional Sorocaba (2015), o termo “maca presa” se refere ao fato da maca da ambulância

ficar retida no serviço pré-hospitalar ou hospitalar pela ausência de leitos para acolhimento e atendimento do paciente que acabou de dar entrada no serviço. Os veículos que tiveram suas macas retidas devem voltar para a Unidade base até que haja liberação do recurso retido, ou para a retirada de outro, caso haja. Uma das consequências disso, é o aumento do tempo-resposta para os demais atendimentos solicitados na central pré-hospitalar móvel (SAMU, 2015).

Onde eu mais vi isso acontecer, sem dúvidas, foi na UPA João Samek. O fluxo de chegada dos pacientes era muito intenso, de modo que os 18 leitos de internamento na sala amarela, por vezes, não davam conta da demanda advinda pelos consultórios e ambulâncias. Solução? Reter as macas em que chegavam os pacientes.

3. CASOS CLÍNICOS

3.1 CASO CLÍNICO 1

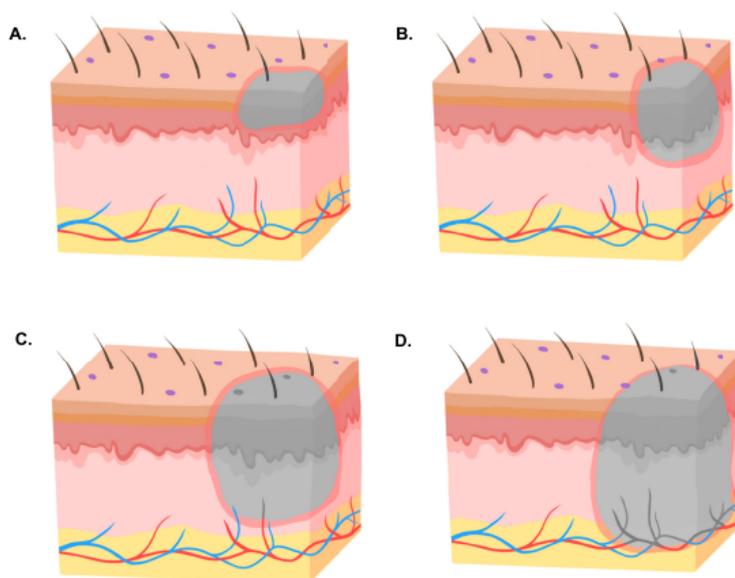
- **Local e data da admissão:** 29 de abril de 2022, UPA João Samek
- **Identificação:** G.L., 41 anos, feminino, branca, acompanhada do marido.
- **QP:** Queimadura
- **HMA:** Paciente admitida na sala vermelha, transferida da triagem após procura espontânea, por queimaduras extensas em rosto, tórax, membros superiores, abdome e em membro inferior direito. Refere queimaduras ao manusear óleo quente durante frituras. O acidente ocorreu aproximadamente 30 minutos antes da admissão. Antes de procurar atendimento, passou pomada hipoglos sobre as lesões.
- **HPP:** Nega comorbidades, MUC. Alergia à dipirona e à Amoxicilina.
- **Exame Físico:**
 - A: Vias aéreas pervias, verbalizando.
 - B: Eupneica, expansibilidade torácica preservada, MV+ bilateralmente, sem RA. SatO₂: 98% em AA. FR: 22irpm.
 - C: BCNF, RR em 2T. Estável hemodinamicamente sem DVA. TEC<2s. FC: 120bpm, PA: 137/85mmHg.
 - D: Glasgow 15, LOTE, pupilas isofotorreagentes.
 - E:

- Cabeça e pescoço: Queimaduras de segundo grau em face e pescoço.
 - Tórax: Queimaduras de segundo grau em regiões infraclaviculares e mamárias.
 - Abd/pelve: Queimaduras de segundo grau em andar superior do abdome. RHA+, palpação não realizada, devido à dor da paciente.
 - Extremidades: Queimaduras de segundo grau em MMSS e em MID. Mobilidade preservada nos quatro membros.
 - Camada considerável de pomada esbranquiçada em todas as queimaduras acima citadas.
- Superfície corporal queimada: 45%.
 - P: 73kg.
- **Diagnóstico:** Queimaduras de primeiro e segundo grau.
- **Conduta:**
- Iniciada hidratação vigorosa de acordo com Fórmula de Parkland;
 - Limpeza das lesões e posterior cobertura com compressas úmidas;
 - Analgesia;
 - Solicitados exames laboratoriais de admissão;
 - Solicitada transferência para o HMPGL - avaliação da cirurgia plástica.
- **Exames Complementares:**
- Solicitados exames laboratoriais gerais, porém a transferência ocorreu antes dos resultados.
- **Desfecho do caso:** Paciente transferida ao HMPGL.
- **Considerações sobre o caso:** De acordo com BRASIL (2012b), "queimaduras são lesões decorrentes de agentes (tais como a energia térmica, química ou elétrica) capazes de produzir calor excessivo que danifica os tecidos corporais e acarreta a morte celular".

As queimaduras são classificadas de acordo com a profundidade do tecido afetado no acidente (Figura 4). A de primeiro grau afeta somente a epiderme, e cursa com eritema e dor, sem a presença de bolhas, com resolução em torno de 5 dias. Queimaduras de segundo grau, ou de espessura parcial, acometem a epiderme e parte da derme, com superfície úmida e formação de bolhas, sendo muito sensível à dor; restauração do tecido entre 7 e 21 dias. As queimaduras de terceiro grau, ou espessura total, afetam a epiderme, derme e estruturas mais profundas. Sua característica é ter aparência de couro, até mesmo esbranquiçada, e

superfície seca. Não cursa com dor e a reepitelização do tecido não se dá de forma espontânea. Há necessidade de enxertos de pele. Há ainda literaturas que apontam a queimadura de quarto grau, sendo aquela que acomete pele, subcutâneo, músculos e ossos; geralmente é decorrente de queimaduras elétricas (LOPES, 2021).

Figura 4 - Graus de queimadura

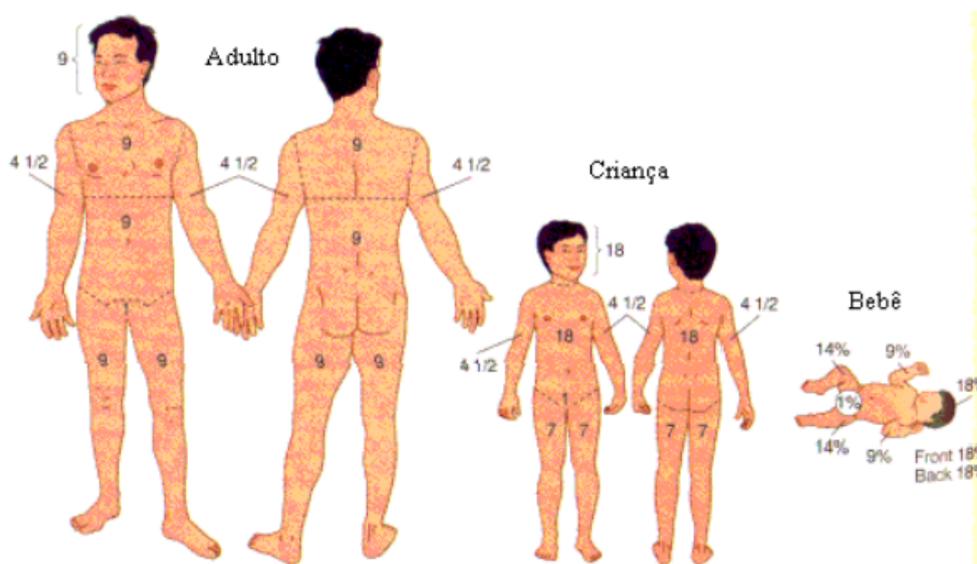


(**A**: Queimadura de Primeiro Grau; **B**: Queimadura de Segundo Grau Superficial; **C**: Queimadura de Segundo Grau profundo; **D**: Queimadura de Terceiro Grau).

Fonte: Lopes, 2021.

A partir da classificação do grau da queimadura, o próximo passo é estimar a quantidade da superfície corporal que foi queimada (SCQ), para direcionar o manejo. Segue-se a regra dos 9. Em adultos, a cada segmento corporal queimado é acrescido 9 pontos. Exemplificando no caso da nossa paciente: a soma total foi 45%, pois rosto, tórax, abdome, membros superiores e membro inferior direito foram queimados. Em crianças a forma de pontuação é diferente, como evidenciado abaixo (Figura 5).

Figura 5 - Regra dos Nove



Fonte: Bruxel, 2012.

Por serem consideradas traumas, as queimaduras devem ser manejadas de acordo com o mnemônico MOVE. Deve ser instaurada a monitorização, oxigenoterapia se necessário, instauração de dois acessos venosos calibrosos e o paciente deve ser examinado de acordo com o ABCDE do trauma. Em A e B deve-se controlar as vias aéreas e avaliar a respiração. Quando há queimadura em região de cabeça e pescoço é sempre importante ter em mente a possibilidade da intubação orotraqueal por um possível edema de face ou orofaringe, que pode obstruir a via aérea, mesmo que de forma gradual. Como plantonista acredito que deva ser uma decisão difícil de ser tomada, visto que temos em mente que intubação tem relação com rebaixamento do nível de consciência e hipossaturação, e o paciente queimado, como era o caso, chega nas primeiras horas lúcido, orientado e contactuante. Em G.L. não foi realizada a IOT e esta permaneceu na UPA com parâmetros respiratórios ok.

Em uma outra ocasião que participei, também em paciente queimado, pairava a dúvida “ há necessidade de proteção de via aérea ou não?”, já que o indivíduo estava lúcido, colaborativo e eupneico. O questionamento residia no fato de que a queimadura em face era pequena e era difícil de ser distinguida na boca das lesões pelo cachimbo de crack que o paciente usava. No fim das contas, optou-se pela intubação, que acabou sendo a melhor opção, pois durante a laringoscopia já era possível ver um pequeno edema inicial na faringe. Uma dúvida que eu tinha e que o

estudo sanou: por que queimadura faz edema em via aérea? Resposta: os mecanismos podem ser variados, desde uma lesão por inalação de fumaça até um edema pelo próprio mecanismo inflamatório do organismo, diante de uma agressão térmica.

Em C os parâmetros cardiovasculares são investigados e indivíduos com porcentagem maior do que 20% do corpo queimado, devem ser hidratados de acordo com fórmula de Parkland: $2 \text{ a } 4 \text{ mL} \times \% \text{ SCQ} \times \text{Peso (kg)}$. Para a % SCQ as queimaduras de primeiro grau não são contabilizadas. A primeira impressão que temos ao realizar a conta é “mas vai caber tudo isso de líquido na pessoa??” (que sinceramente é a pergunta que eu me fazia com o protocolo da dengue). A resposta é sim. Deve-se ter em conta que nem todo aquele volume irá ser infundido de uma vez, 50% é passado nas primeiras 8 horas (contando a partir do trauma) e os 50% restantes em 16 horas. O cristalóide de escolha é o Ringer Lactato, podendo ser substituído por SF, caso necessário. A diurese deve ser controlada e mantida em no mínimo 0,5 mL/kg/h (BRASIL, 2012b).

Exemplificando com nossa paciente, com P: 73kg, estimando 70kg. Fórmula Parkland: $2\text{mL} \times 45\% \times 70\text{kg} = 6.300 \text{ mL}$, sendo que 3.150 mL devem ser passadas nas primeiras 6 horas e 3.150mL nas próximas 16 horas. Volumes tão altos são infundidos devido à perda capilar que se instaura pelo processo infeccioso e pelo aumento da permeabilidade dos vasos.

Em D avaliar o estado neurológico e o nível de consciência. Em E é essencial deixar a pessoa despida, tanto para a contagem das áreas queimadas, como também para retirar qualquer coisa que possa estar estendendo o processo de lesão térmica. Lembrar que como em qualquer trauma a hipotermia deve ser evitada, pois compromete o prognóstico. As lesões devem ser cobertas com pano limpos e irrigados, como foi feito.

Após feita a avaliação inicial, o plantonista pediu à equipe de enfermagem retirasse, pelo menos em partes, a pomada que estava por cima das lesões, a fim de que se pudesse lavar (irrigação com SF 0,9%) e tentar evitar processos infecciosos secundários.

A analgesia prescrita para este processo foi a morfina. Geralmente a primeira droga de escolha costuma ser a dipirona, porém, como a paciente alérgica, mas principalmente pela extensão das lesões, foi optado pela morfina. A posologia da morfina costuma ser a diluição de 1mL contendo 10 mg, em 9 mL de SF 0,9%,

deixando uma solução de 1mg/mL. Fornecer até 0,1 mg por cada 10kg de peso, lembrando sempre que doses altas podem causar depressão respiratória.

Foram solicitados exames laboratoriais da paciente e não entendi muito bem o motivo. Durante os estudos, achei um documento bem interessante, chamado “Manual de Queimadura para Estudantes”, que explica a razão de solicitação para cada exame e o que buscar nos resultados. O hemograma visa avaliar possíveis anemias resultantes de hemodiluição, bem como hemólise e hemorragia decorrentes do processo. Também é visto o hematócrito, para ir controlando se há hipo ou hiperhidratação; os leucócitos mostram a resposta inflamatória do organismo frente à agressão e se há uma infecção secundária em curso. Com relação às infecções secundárias, é importantíssima a profilaxia e o seu correto tratamento com antibioticoprofilaxia, já que a sepse de foco cutâneo é uma importante causa de óbito em pacientes queimados (LOPES, 2021).

Os eletrólitos são dosados e seriados, pois o escape de fluidos e de íons para terceiro espaço pode causar desordem hidroeletrólítica. O uso de soluções isotônicas (como o RL e o SF) derivam da necessidade de manter uma concentração ideal de sódio e cálcio, que podem ser desbalanceadas pela desidratação secundária à queimadura e a lise das células afetadas (LOPES, 2021).

A dosagem de marcadores renais como a ureia e a creatinina controlam a função renal, visto que a insuficiência renal é muito frequente nos casos de queimaduras, principalmente pela hipovolemia resultante. Este é o motivo também pelo qual deve ser feito o controle do débito urinário. Em queimaduras elétricas, com lesão muscular, pode haver liberação de hemoglobinúria e mioglobinúria, que podem causar lesão renal. Por isso que em queimaduras elétricas o débito urinário alvo é maior, bem como a hidratação deve ser baseada em 4mL/kg por superfície de corpo queimado (LOPES, 2021).

Gasometria arterial pode ser solicitada visando avaliar acidose no caso de hipóxia tecidual. A glicemia é alvo de controle também, já que o organismo costuma apresentar uma resposta metabólica do trauma, que pode cursar com hiperglicemia, prejudicando o prognóstico.

Por último, mas não menos importante, em pacientes queimados deve-se realizar a profilaxia para tétano, de acordo com o esquema vacinal proposto pelo Ministério da Saúde, que pode ser encontrado neste relatório no item 5.4 - Suturas.

Quanto aos curativos, quando optado por fechar a ferida, estes podem ser feitos e ministrada na ferida a sulfadiazina de prata.

3.2 CASO CLÍNICO 2

- **Local e data da admissão:** 03 de maio de 2022, UPA João Samek.
- **Identificação:** A.K.M., 56 anos, masculino, amarelo, desacompanhado.
- **QP:** Crise convulsiva
- **HMA:** Paciente admitido via SAMU por crise convulsiva em casa (sic). Referiu histórico de sangramento anal há 60 dias. Durante a anamnese, apresentou crise convulsiva tônico-clônica generalizada, evoluindo com rebaixamento de nível de consciência (Glasgow 3), apneia e dessaturação. Encaminhado para a Sala Vermelha.
- **HPP, MUC, Alergias, História Familiar:** Sem informações no momento do atendimento.
- **Exame Físico em Sala Vermelha:**
 - MEG, hipocorado ++++/4+, desidratado ++/4+, cianótico.
 - Neuro: Glasgow 1, pupilas midriáticas bilaterais arreatentes.
 - Ap. Resp: MV não audíveis, sem movimento respiratório. Apneia.
 - Ap Cardio: Bulhas cardíacas não audíveis, TEC<6s, PA inaudível. Pulsos periféricos impalpáveis. Pulso carotídeo de difícil palpação.
- **Conduta:**
 - Realizada Intubação Orotraqueal e posterior Ventilação Mecânica;
 - Instaurado Cateter Venoso Central em subclávia direita - AVP não foi possível e também havia a necessidade imediata de drogas vasoativas;
 - Em bomba, iniciada Noradrenalina em dose dobrada;
- **Desfecho:**
 - Paciente evoluiu com ausência de pulso, apresentando assistolia em monitor do desfibrilador.
 - Iniciado protocolo de Parada Cardiorrespiratória, conforme ACLS. Realizados 4 ciclos, sem sucesso.
 - Plantonista declara óbito.
 - Paciente é encaminhado ao Serviço de Verificação de Óbito.
- **Exames Complementares:** Não realizados.

- **Dx Sindrômico:** Rebaixamento do Nível de Consciência, Crise convulsiva

- **Discussão clínica:** Em Pronto-Socorro, a estabilização inicial do paciente deve ser realizada na sequência do ABCD, mesmo não sendo uma situação de trauma. No A, as vias aéreas devem ser verificadas para avaliar perviedade. Em B, a respiração e a ventilação são avaliadas; neste paciente, não havia movimento respiratório, razão pela qual foi procedido com a intubação oro-traqueal. Em C, a circulação/sistema cardiovascular é inspecionado, para ver perfusão e pulso; A.K.M. tinha um tempo de enchimento capilar em torno de 6 segundos (sendo o ideal abaixo de 3), uma PA inaudível e um pulso carotídeo de difícil palpação, indicando disfunção cardíaca (evoluindo com PCR na sequência). O D é responsável por verificar o estado neurológico do paciente, o qual estava comprometido na admissão (Glasgow 7), regredindo na sequência para Glasgow 3 e então 1 (conforme atualização da escala em 2018 - Figura 6).

Figura 6 - Escala de Glasgow: atualização 2018

Escala de Coma de Glasgow		
Parâmetro	Resposta obtida	Pontuação
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ao estímulo sonoro	3
	Ao estímulo de pressão	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Verbaliza palavras soltas	3
	Verbaliza sons	2
Resposta motora	Nenhuma	1
	Obedece comandos	6
	Localiza estímulo	5
	Flexão normal	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
Trauma leve	Trauma moderado	Trauma grave
13-15	9-12	3-8
Reatividade pupilar		
Inexistente	Unilateral	Bilateral
-2	-1	0

Fonte: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2022.

Em um cenário hipotético para a abordagem de situações de RNC, caso o paciente não tivesse evoluído rapidamente para PCR, após o ABCD a próxima etapa seria verificar a glicemia, pois é uma importante etiologia de RNC e pode ser facilmente revertida. Em prontuário, não consta HGT do paciente, mas foi uma das

primeiras coisas feitas pela equipe de enfermagem na Sala Vermelha e uma das primeiras causas excluídas.

Enquanto é feito o ABCDE, outro profissional deve instalar a monitorização contínua: verificação de PA arterial, oximetria de pulso, cardioscópio. Oxigenoterapia deve ser ofertada e dois acessos venosos calibrosos devem ser providenciados. Todos esses passos foram seguidos.

Aqui faço uma pausa para entender o conceito de “nora dobrada”, pois sempre ouvi e li em prontuários, mas nunca entendi. A noradrenalina é uma substância com ação simpaticomimética - ou seja, atua mimetizando a atuação simpática no organismo-, em receptores α e β adrenérgicos. Os receptores α adrenérgicos localizados nas paredes dos vasos induzem a vasoconstrição, já os presentes no coração podem aumentar a força da contração; os receptores β adrenérgicos atuam promovendo o aumento da inotropia (aumento da força de contração do coração). Assim, a noradrenalina estimula uma resposta cardiovascular do paciente, buscando manter uma distribuição de oxigênio satisfatória ao funcionamento dos órgãos vitais (MANAKER, 2022).

Este fármaco deve ser administrado preferencialmente em cateteres centrais, pois, caso esteja em acesso venoso periférico, pode promover necrose de extremidades, devido ao seu potencial vasoconstritor. Porém, não havendo via central hábil, pode ser mantido em vaso periférico por até 72 horas (UPTODATE, 2022).

A dose mínima e máxima da noradrenalina variam de acordo com a literatura, mas pode-se afirmar que possui como gradiente a concentração de 0,01 a 3 mcg/kg/min. A concentração e a diluição dessa droga vasoativa (DVA) estão presentes no quadro 1.

Quadro 1 - Posologia da noradrenalina para A.K.M.

- Peso aproximado do paciente: 80 kg
 - Dose mínima: 0,01 mcg/kg/min -> $0,01\text{mcg} \times 80\text{kg} = 0,8\text{mcg/min}$
 - Dose máxima: 3mcg/kg/min -> $3\text{mcg} \times 80\text{kg} = 240\text{mcg/min}$
- Assim, temos a concentração de noradrenalina em microgramas. Todavia, a ampola disponível no serviço possui sua dosagem em miligramas. Convertendo as unidades, temos:
 - $0,8\text{mcg/min} / 1000 = 0,0008\text{mg/min}$ (mín)
 - $240\text{mcg/min} / 1000 = 0,24\text{mg/min}$ (máx)
- Para administrar essa DVA, é necessário bomba de infusão, a fim de manter uma dosagem precisa. Neste dispositivo, a dosagem é dada em mL/hora. Assim, é necessário fazer a transformação de mg/minuto, para mL/hora. Para isso, deve-se realizar a diluição da droga. As

literaturas divergem, mas, em geral, apontam que 16mg de noradrenalina devem ser diluídos em 250mL de Soro Glicosado 0,5% (SG). No serviço em questão, cada ampola contém 4mL, com uma concentração de 2mg/mL; então, cada frasco contém 8mg de noradrenalina.

- Para a dosagem sugerida, devemos diluir duas ampolas em 242mL de SG. Teremos então:

- Dose mínima nora:
 - Convertendo para min para hora:
 $0,0008\text{mg}/\text{min} \times 60 \text{ min} = 0,048\text{mg}/\text{h}$
 - Convertendo mg/h para mL/h:

$$\begin{array}{r} 16 \text{ mg} \quad \text{—} \quad 250 \text{ mL} \\ 0,048\text{mg} \quad \text{—} \quad x \\ x = 0,75 \text{ mL}/\text{h} \end{array}$$
- Dose máxima nora:
 - Convertendo para min para hora:
 $0,24\text{mg}/\text{min} \times 60 \text{ min} = 14,4\text{mg}/\text{h}$
 - Convertendo mg/h para mL/h:

$$\begin{array}{r} 16 \text{ mg} \quad \text{—} \quad 250 \text{ mL} \\ 14,4\text{mg} \quad \text{—} \quad x \\ x = 225 \text{ mL}/\text{h} \end{array}$$

- Para o paciente em questão, a dose mínima de noradrenalina em bomba é 0,75 mL/h e a dose máxima é 225 mL/h. Na prática, percebemos que geralmente inicia-se em 5mL/h e doses tão altas como a máxima não são alcançadas. A dose deve ser titulada a fim de manter uma pressão arterial média maior ou igual a 65mmHg.

- Tendo esses conceitos em vista, podemos entender que, dependendo do serviço, a “nora padrão” consiste na diluição de 16mg de noradrenalina em 250mL de SG. Já a “nora dobrada” seria a presença de 32mg do fármaco em 250mL do SG, de modo que em uma mesma quantidade de volume por hora, há o dobro de DVA.

- Vale ressaltar que este fármaco é fotossensível, devendo ser mantido em equipo foto-protetor. Sua estabilidade, após diluição, é de 24 horas; após esse período, nova diluição deve ser realizada. O tempo de meia vida da droga é de 2 minutos, sendo fundamental manter a atenção no paciente a cada ajuste de dose.

Fonte: Autoria própria.

Após a estabilização inicial, a causa do rebaixamento do nível de consciência deve ser investigada.

Considera-se consciência o estado de “perfeito conhecimento de si próprio e do ambiente”, sendo que quaisquer alterações que façam o indivíduo perder a conexão desses dois elementos pode ser definida como um rebaixamento do nível de consciência (RNC). A etiologia desse fenômeno é múltipla (Quadro 2). No caso deste paciente, não sabemos nem por onde começar a investigação, já que não havia, naquele momento, quaisquer informações (VELASCO, 2019).

Quadro 2 - Causas de Rebaixamento do Nível de Consciência

Causas	Exemplos
Trauma cranioencefálico	Contusão cerebral, hemorragia intraparenquimatosa/subaracnóidea, lesão axonal difusa...
Vasculares ou estruturais	AVCi, AVCh, hidrocefalia aguda...

Infecções	Sepse e choque séptico, meningites, encefalites...
Epiléptica	Estado epiléptico clássico, estado epiléptico não convulsivo
Metabólicas, endócrinas ou sistêmicas	Choque de qualquer etiologia, hipo/hiperglicemia, hipoxemia/hipercapnia, uremia, hipo/hipernatremia, hipercalcemia...
Intoxicações Agudas	Benzodiazepínicos, álcool, anticonvulsivantes, antipsicóticos, etanol, lítio...
Outras	Vasculites do SNC, hipotermia...

Fonte: Velasco, 2019.

Outro sinal apresentado pelo paciente foi a crise convulsiva tônico-clônica. Sendo assim, para este relatório, podemos investigar as possíveis causas de crises convulsivas.

As crises epiléticas generalizadas tônico-clônicas seguem, geralmente, etapas: o início é marcado por contrações musculares tônicas generalizadas. O aumento do tônus simpático pode levar a midríase e aumento de frequência cardíaca e de pressão arterial. Após cerca de 10 a 20 segundos, há evolução para a fase clônica, na qual há alternância entre relaxamento e contrações tônicas musculares. O final da crise, conhecido como pós-ictal, é caracterizado por redução da resposta a estímulos, hipotonia, sialorreia, podendo haver também liberação de esfíncteres urinários ou anais (LONGO, 2013).

Como as crises epiléticas derivam de uma desregulação entre a excitação e a inibição do sistema nervoso central, no caso desse paciente, sem aparente histórico de epilepsia, é imprescindível pensar nas etiologias. Na faixa etária de 56 anos, são causas mais comuns: doença vascular cerebral, tumor cerebral, abstinência de álcool, distúrbios metabólicos (uremia, insuficiência hepática, disfunções eletrolíticas, hipo ou hiperglicemia). Entre essas causas, o AVC costuma ser o mais prevalente (LONGO, 2013; SHIH, 2021).

Apesar de não ter sido necessário, já que a convulsão cessou rapidamente, o uso de Diazepam é indicado para controle da crise. Deve ser administrado IV lentamente, na dose de 10mg. Não deve ser administrado IM, por ser considerada uma forma errática de absorção da droga. Outra opção seria o Midazolam, 10mg, IM. Caso não haja resolução, uma nova dose deve ser aplicada após 10 minutos. Na prática, esse período acaba sendo mais curto. Nada disso sendo eficaz, pode ser

feita a famosa hidantalização, que consiste no uso do Hidantal (nome comercial da Fenitoína), na dose de 20mg/kg diluídos em 250mL de SF 0,9%.

No serviço, a dosagem das ampolas disponíveis eram as seguintes: Diazepam 10mg/2mL (ampola 2mL), Midazolam 5mg/mL (ampolas de 3 e 10mL), Fenitoína 50mg/mL (ampola 5mL).

Voltando ao caso, na sequência, o paciente entrou em parada cardiorrespiratória (PCR), com ritmo de assistolia em todos os 4 ciclos, evoluindo a óbito. Durante a massagem, os membros da equipe perceberam a fratura de algum arco costal.

O protocolo de PCR no suporte avançado de vida (ACLS) é composto pelo rápido reconhecimento da PCR, seguido pela ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e desfibrilação. Em todo esse processo as vias aéreas devem ser mantidas pérvias e com fornecimento de oxigenoterapia. As compressões torácicas são fundamentais para manter a circulação sanguínea, principalmente aos órgãos-alvo. Uma correta perfusão coronariana serve como base, junto com outros fatores, para o retorno da circulação espontânea. O quadro 3 apresenta algumas complicações que podem decorrer da massagem cardíaca (mesmo que corretamente realizada), mas que, de forma alguma, indicam que a RCP deve ser suspensa.

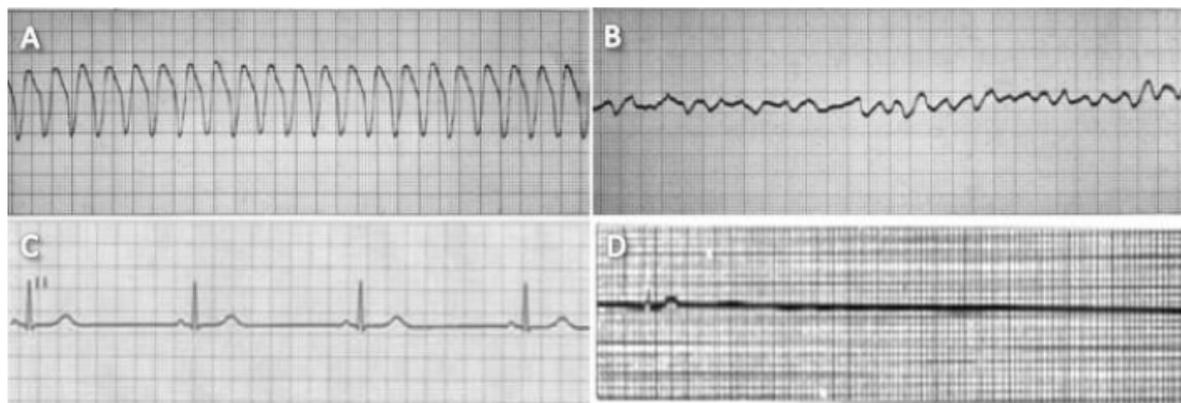
Quadro 3 - Complicações eventuais das compressões torácicas

- Fratura de arcos costais
- Fratura do esterno
- Contusão pulmonar
- Pneumotórax
- Contusão miocárdica
- Derrame pericárdico
- Laceração esplênica
- Laceração hepática

Fonte: Velasco, 2019.

Para que o médico possa proceder com a desfibrilação, deve ser checado o ritmo de parada, ou seja, avaliar o ritmo cardíaco. Os quatro ritmos são: fibrilação ventricular (FV), taquicardia ventricular sem pulso (TVsp), atividade elétrica sem pulso (AESP) e assistolia (Figura 7). Nosso paciente apresentava esse último, que é definido como a ausência de qualquer atividade elétrica no coração. Na presença deste ritmo devem ser consideradas as causas reversíveis da PCR, conhecidas como Hs e Ts (Figura 8).

Figura 7 - Ritmos chocáveis (A - TVsp, B - FV) e Ritmos não chocáveis (C - AESP, D- Assistolia)



Fonte: Lodi, 2016.

Figura 8 - Causas reversíveis de PCR

Causas reversíveis de parada cardíaca	
DA H	DO T
<i>hipovolemia</i>	<i>Pneumotórax hipertensivo</i>
<i>hipóxia</i>	<i>tamponamento</i>
<i>H + (acidose)</i>	<i>toxinas</i>
<i>Hypo / Hipopotassemia</i>	<i>Trombose (coronária)</i>
<i>Hipoglicemia</i>	<i>Trombose (pulmonar)</i>
<i>Hipotermia</i>	<i>Trauma (não reconhecido)</i>

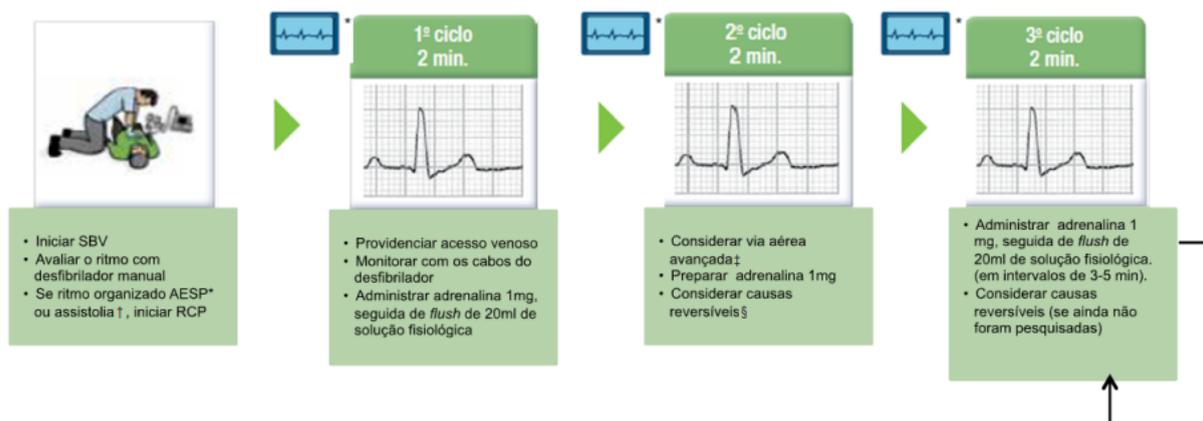
Fonte: ACLS, 2016.

Geralmente, a assistolia “reflete a duração prolongada da parada cardíaca (geralmente mais de quatro minutos) e a presença de lesão grave e irreversível do miocárdio, cérebro e outros órgãos-alvo”. Entretanto, antes de confirmar a presença da ausência de atividade elétrica, devem ser verificadas as questões técnicas do desfibrilador, como a correta conexão dos cabos, a sensibilidade do ganho e a derivação avaliada. Se realmente confirmado esse ritmo, a literatura mostra que o prognóstico é reservado, sendo que apenas 10% dos indivíduos podem sobreviver.

A figura 9 aponta o algoritmo de manejo em situações de PCR tanto em assistolia, como em AESP. O uso da epinefrina a cada 3 a 5 minutos de RCP é indicado, já que este fármaco é capaz de “aumentar o tônus vasomotor sistêmico via

agonismo alfa-1, aumentando assim a pressão arterial diastólica e a pressão de perfusão coronariana”. Nesses dois ritmos citados a desfibrilação não é indicada, mas mesmo assim o ritmo deve ser checado a cada 2 minutos (ELMER, 2022).

Figura 9 - Manejo de PCR em assistolia ou AESP



Fonte: Bernoche, 2019.

Quando nenhuma dessas medidas se fizerem eficientes para reverter a parada, como proceder? Quando cessar esforços, como foi feito no caso?

Nesse quesito, as literaturas são concordantes. A decisão de interromper a reanimação pode partir de um tempo de ressuscitação maior do que 30 minutos, o desconhecimento do tempo decorrido entre a parada e a identificação, ou ainda a idade do paciente e patologias preexistentes, principalmente aquelas que cursam com comprometimento funcional (ELMER, 2022).

Ao final de todo o processo, confirmado o falecimento, o paciente foi encaminhado ao serviço de verificação de óbito (SVO). Apesar de neste caso entender a razão, já que a causa permaneceu desconhecida, busquei outros motivos nos quais o corpo deve ser encaminhado a este serviço e quando deve ser encaminhado ao Instituto de Medicina Legal (IML) - Quadro 4.

Quadro 4 - Quando encaminhar ao SVO ou ao IML

Encaminhamento ao SVO	<ul style="list-style-type: none"> • Óbitos em indivíduos saudáveis, sem causas externas; • Óbitos em pacientes com acompanhamento epidemiológico; • Uso de drogas, porém sem vestígios de overdose na constatação do óbito; • Óbitos ocorridos em hospitais, ambulatorios, SAMU ou UPAs, porém
-----------------------	---

	sem causa definida; <ul style="list-style-type: none"> • Morte no domicílio, sem suspeita de causas externas ou intoxicação exógena, e sem assistência médica; • Adulto jovem com morte repentina.
Encaminhamento ao IML	<ul style="list-style-type: none"> • Óbito por intoxicação exógena, choque anafilático... • Óbito em indivíduos sob tutela do Estado (ex. presidiários); • Óbito secundário à suspeita de erro médico; • Morte natural em indivíduos sem identificação; • Mortes violentas (ex. acidentes, homicídios, suicídios...).

Fonte: Santa Catarina, 2020.

- **Considerações sobre o caso:** Esse caso foi de difícil manejo. As informações sobre o caso eram apenas as que foram repassadas pelo SAMU à enfermeira da Sala Amarela. O paciente rebaixou rapidamente (impedindo detalhes sobre o caso) e não havia acompanhante. No prontuário também não havia nenhum telefone para contato - exceto o do próprio paciente.

O paciente evoluiu com PCR na hora da troca de plantão. O médico da noite e os dois colegas internos que chegavam auxiliaram no procedimento. Fiquei com a função de administrar o tempo e anotar os passos do protocolo de acordo com o horário. Também coube a mim anunciar a hora do óbito do paciente, quando findaram os esforços. Ficou marcado: 20h14min. O coração apertou, mesmo não conhecendo o paciente.

3.3 CASO CLÍNICO 3

- **Local e data da admissão:** UPA João Samek, 07 de maio de 2022.

- **Identificação:** E.G.A., 27 anos, masculino, branco, morador de Foz do Iguaçu, desacompanhado, mãe F.A.

- **Queixa Principal (QP):** Tentativa de suicídio

- **História da Moléstia Atual (HMA):** Paciente admitido via SAMU por tentativa de suicídio no domicílio. Na admissão, deambulando, sem necessidade de contenção física ou química. Refere que planejava suicídio cortando o próprio abdome, mas foi impedido pela mãe no momento em que tentou a perfuração. Ele próprio acionou o

SAMU. Relata alucinações auditivas que o induzem à morte. Na mesma data, pela manhã, esteve na mesma unidade de atendimento, também por tentativa de suicídio, porém evadiu. Precisa de internamento psiquiátrico para passar em consulta psiquiátrica, pois está sem as medicações e não consegue ir ao CAPSII por não ter como chegar (sic).

- **História Pessoal Progressiva (HPP):** Esquizofrenia. Hérnia ventral volumosa por tentativa prévia de suicídio com corte abdominal. Uso de colostomia. Várias internações progressivas por tentativa de suicídio. Nega alergias. Tabagista.

- **Medicamentos de Uso Contínuo (MUC):** Diazepam 5 mg (0-0-1), Haloperidol 5 mg (1-0-1), Ácido Valpróico 250 mg (1-0-1) - Fármacos prescritos por psiquiatra em CAPSII, porém não são utilizados por paciente.

- **História Familiar:** Mãe etilista.

- **Exame Físico:**

- SSVV: PA: 140/80mmHg // FR: 20 irpm // FC: 98 bpm // SatO2: 97% em AA.
- BEG, hidratado, corado.
- Neuro: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes.
- Ap Resp: MV+, sem RA. Expansibilidade preservada.
- Ap Cardio: BCNF, RR em 2T. TEC<3s. Pulsos periféricos presentes e simétricos.
- Abd: plano, presença de hérnia ventral volumosa e bolsa de colostomia em bom estado. Indolor à palpação superficial e profunda. Sem irritação peritoneal.
- Extremidades: sem alterações, sem contenção física.
- Exame Psíquico: Aparência sem alterações evidentes, leve agitação psicomotora, atitude cooperativa, atividade verbal reduzida, lentificada e não espontânea, vigil, hipotenaz, com alucinações auditivas, desorientado quanto à tempo e orientado em espaço, pensamento com conteúdo delirante e com curso lentificado, afeto embotado, insight ausente.

- **Conduta:**

- Prescrito Clorpromazina 100mg;
- Solicitada vaga no setor de psiquiatria do HMPGL;
- Solicitados exames laboratoriais exigidos para aceite de vaga em HMPGL.

- **Desfecho do caso:** Paciente transferido via SAMU ao setor de psiquiatria do HMPGL, 3 horas após admissão na UPA.

- **Discussão clínica:** De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio é considerado a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. No mundo, anualmente, um milhão de pessoas põe fim à própria vida. Comparando-se, o número desses óbitos é superior à soma de mortes ocasionadas por conflitos civis, homicídios e guerras. Os números, ainda que altos, não incluem as tentativas de suicídio, que ocorrem com uma frequência de 10 a 20 vezes maior do que o suicídio em si. A subnotificação é um problema que ocorre tanto nas tentativas de suicídio, quantos nos suicídios, e acabam tornando as estatísticas distantes da realidade. (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013).

Entre os fatores de risco para um comportamento suicida pode-se citar os aspectos socioeconômicos dos indivíduos, a idade, o sexo, estado civil. Porém, um dos fatores de risco mais frequentes nas tentativas de suicídio é a presença de Transtorno Mental: estima-se que 95% dos indivíduos suicidas receberam algum diagnóstico de doença mental, sendo a depressão o mais prevalente - correspondendo a 80% dos casos. (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013; KAPLAN; SADOCK, 2017).

Quando falamos em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia essa situação torna-se ainda mais alarmante, pois o suicídio é a principal causa de morte e cerca de 20 a 50% dos indivíduos com este transtornos terão pelo menos uma tentativa ao longo da vida (KAPLAN; SADOCK, 2017).

O manejo da tentativa de suicídio depende de qual o método utilizado e de qual a gravidade do paciente. No caso atual, o ideal é primeiramente aliviar as alucinações auditivas, pois qualquer tentativa de conversa pode ser frustrante, já que o indivíduo encontra-se assustado e com insight ausente. Isso faz parte da relação médico-paciente, pois é dever do profissional identificar situações em que o entendimento do indivíduo está comprometido e tentar amenizá-las.

Idealmente, o primeiro contato com o paciente deve ocorrer de maneira empática, em um local tranquilo e reservado, para que o indivíduo não se sinta exposto. É importante entender se o paciente faz ou fez algum tratamento psíquico, coletar informações sobre a ideação suicida e caracterizar a gravidade, qual a planificação e os métodos utilizados - vale lembrar que nada disso induz o paciente ao suicídio. Outra medida é manter o paciente longe de todos os objetos perfurocortantes ou com potencial risco de ser usado para nova tentativa (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Um ponto fundamental da anamnese é entender qual a expectativa do paciente naquele atendimento, já que isso pode amenizar parcialmente o sofrimento e a ansiedade. O objetivo de E.G.A. era encontrar uma forma de cessar as vozes em sua cabeça. Para isso, ele buscou ajuda médica a fim de ser encaminhado para um serviço de psiquiatria, objetivo que pôde ser alcançado.

Um ponto a ser destacado aqui é que por ser um paciente com várias entradas no mesmo serviço, os profissionais já haviam colocado certo rótulo e acabaram minimizando a situação. Podemos citar aqui uma diretriz fundamental da Política Nacional de Humanização (PNH) que poderia ser aplicada nessas situações: acolhimento. A PNH postula que seus elementos devem estar presentes em todos os elos que formam as redes de atenção em saúde, não ficando restrita somente à Atenção Básica.

O acolhimento diz respeito a “reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde”. A população precisa entender que a Saúde Mental está incluída nesta definição. A necessidade em saúde de um indivíduo que tenta acabar com a própria vida é tão importante e urgente quanto qualquer outro agravo traumático, visto que o risco de morte é iminente e explícito. A escuta qualificada é a principal ferramenta utilizada e, assim como a comunicação, não é inata. Se aprende e pode ser treinada.

Quanto ao manejo farmacológico da situação, em pacientes colaborativos e com leve agitação, como é o caso, pode-se optar pela via oral de administração: Haloperidol (2,5 a 5mg), Diazepam (5 a 10 mg), Risperidona (2 mg), Lorazepam (2mg), Prometazina (50 mg). No caso de pacientes agitados e não colaborativos a escolha preferencial é por fármacos intramusculares: Haloperidol (2,5 a 5 mg), Olanzapina (5 a 10mg), Midazolam (5 a 15mg). O Diazepam (5 a 10 mg) pode também ser administrado por via endovenosa, além da oral (MANTOVANI, et al., 2010).

O próximo passo é encaminhar o paciente para um serviço de psiquiatria de referência, no caso o HMPGL, para uma avaliação e cuidado especializado. O preenchimento da ficha de notificação compulsória envolvendo situação de auto-agressão deve ser preenchida. É fundamental para análises estatísticas e solicitação de medidas de intervenção.

Neste caso em especial, apesar de ser uma situação que não pode ser resolvida pontualmente, o contexto social do paciente deve ser levado em conta e

ser incluído no processo terapêutico. É importante referenciar esse paciente para o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) e para a Unidade de Saúde, para que possa ser acompanhado longitudinalmente. Além disso, na referência é importante citar a situação social e sugerir que o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) seja acionado para auxiliar no contexto familiar e comunitário.

- **Considerações sobre o caso:** Talvez por ser um dos temas que mais me interessa dentro da medicina, desde o início do curso, escolhi um tema da Psiquiatria para discussão e propor uma ideia de intervenção, como citado no tópico 8. Percebi, ao longo dos plantões, que há em torno de 3 tentativas ou de ideação suicida em cada dia de serviço. Não havia um grupo específico, todos eram “abraçados” pelo desejo de morte, ou pela vontade de amenizar seu sofrimento psíquico: homens, mulheres, adolescentes, idosos, indivíduos privados de liberdade ou em situação de rua.

A literatura traz que, após a alta, essas pessoas devem ter um seguimento psicológico e psiquiátrico, porém, não há esse suporte na rede de Foz do Iguaçu. Durante o Internato em Atenção Básica, a lista de espera para um atendimento com psiquiatra era de quase 2 mil pessoas, e os psicólogos não venciam a demanda, por serem apenas um por distrito sanitário. No Módulo de Urgência e Emergência, percebemos que a maioria dos pacientes vagam pelo serviço de emergência a cada tentativa, sem um suporte social ou psicológico eficaz posterior.

Percebemos que a admissão de tentativas de suicídio variam de acordo com o campo de estágio. A UPA João Samek, por ser a que contava com maior fluxo de pacientes, era a que mais recebia casos. Em seguida, a UPA Morumbi. Diariamente haviam vários casos. Já em São Miguel do Iguaçu, não recebemos nenhum caso. Perguntamos ao plantonista se era algo atípico, ele comentou que era difícil chegar alguma tentativa, e não lembrava quando tinha sido a última. Ficamos com o questionamento: realmente não há tentativas de suicídios ou elas somente não chegam ao Pronto Socorro de São Miguel? Em conversa com outro profissional do serviço, este relatou que a resposta é a segunda. O CAPS da cidade acompanha uma gama de pessoas que atentaram contra a própria vida e os principais eram os moradores da comunidade indígena local. Mais uma vez, nosso cenário mantendo uma estatística mundial “Os Povos Indígenas estão entre os grupos que apresentam maiores taxas de mortalidade por suicídio em diversos países (...)” (BRASIL, 2019).

3.4 CASO CLÍNICO 4

- **Local e data da admissão:** UPA Morumbi, 15 de maio de 2022.
- **Identificação:** N.S.N., masculino, 66 anos, sem acompanhante, proveniente do Lar dos Velhinhos.
- **QP:** Perda de força em membros à direita.
- **HMA:** Paciente institucionalizado no Lar dos Velhinhos, admitido desacompanhado na Sala Amarela via SAMU, apresenta hemiplegia à direita com início do quadro pela manhã. Nega outros sinais/sintomas.
- **HPP:** Epilepsia, AVCi “pequeno” há 1 mês (sic cuidador). Sem histórico de HAS, DM e dislipidemias.
- **MUC:** Clorpromazina 50mg/d, Biperideno 2mg/d, Carbamazepina 200mg (0-0-1), Ácido Valproico 500mg/d, Fluoxetina 20mg/d, Haloperidol 2mg/d. Sem informações quanto à alergias.
- **Exame Físico:**
 - **Da admissão:**
 - SSVV: PA 178/102, FC 100 bpm, FR 20 ipm, SatO2 98% em AA, T: 36,2°C
 - Ectoscopia: REG, acianótico, desidratado +/++++, hipocorado +/++++.
 - Cardio: BNF 2T s/s, normocárdico, pulsos palpáveis e simétricos, TEC <3s
 - Respiratório: MV+, sem RA. Expansibilidade preservada.
 - Abdome: plano, RHA+, timpânico à percussão, indolor à palpação superficial e profunda, sem sinais de VMG ou peritonismo.
 - Neuro: Pouco comunicativo, Glasgow 14, desorientado em tempo e espaço, pupilas isocóricas fotorreativas, perda de força em membros à direita (Grau III). Disátrico, sem desvio de rima.
 - Extremidades: Mobilidade e força reduzidas em hemicorpo direito, sem alterações à esquerda. Sem edemas.
- **Evolução do caso conforme dias:**
 - Admissão - labs (05/05): Sem alterações. Hb: 15,3 // Ht: 46 // Leuco: 8.250 sem desvios // Plaq: 232.000 // Na: 139 // K: 4,4 // Ca: 1,1 // Cr: 0,6 // Ur: 20 //

TGP: 15 // TGO: 19 // PCR < 0,5 // Urina 1 sem alterações. ECG sem alterações. NIHSS: 6.

- 06/05: Paciente mantendo quadro da admissão. Realizada de TC de crânio, que não apresentou alterações recentes - conduta: repetir em 48h. Iniciada Sinvastatina 40mg 1cp ao dia.
- 07/05: Paciente mantendo quadro da admissão. Labs sem alterações.
- 08/05: Realizada nova TC crânio. Por apresentar agitação durante realização do exame, prescrita sedação com Midazolam no HMPGL. Paciente retorna à UPA hipotenso e hipossaturando (SatO₂: 96% com CN 3L/min). TC crânio (08/05): Foco hipodenso cortical parietal alto à esquerda sugerindo isquemia aguda em evolução. Restante de parênquima telencefálico apresenta coeficientes de atenuação normais. Sistema ventricular de topografia, morfologia, contornos e dimensões pouco aumentadas. Artérias intracranianas com sinais de densificações parietais ateroscleróticas. Sem outras alterações. Labs sem alterações (solicitado também INR: 1 // KPTT: 28,5). Solicitada vaga para HMPGL.
- 09/05: Paciente apresentando rebaixamento do nível de consciência, sem outras alterações no exame físico, exceto os já apresentados na admissão. Iniciado AAS 100mg 1 cp ao dia. Labs sem alterações.
- 10/05: Sem evolução em prontuário. Iniciada heparina 5000 UI. Mantida prescrição (MUC + Omeprazol + Sinvastatina + AAS).
- 11/05: Paciente com rebaixamento do nível de consciência, sonolento, Glasgow 9, sem outras alterações no exame físico, exceto hemiparesia à direita. Assinado termo de Cuidados Paliativos por responsável pelo paciente no Lar dos Velinhos.
- 12/05: Paciente transferido ao HMPGL.

- **Dx Sindrômico:** Doença Cerebrovascular

- **Dx Diferencial:** Crises epiléticas (déficits neurológicos pós ictais), alterações metabólicas (hipo e hiperglicemia, hiponatremia, hipóxia, encefalopatia hepática), infecções sistêmicas, neoplasias e infecções do Sistema Nervoso Central.

- **Discussão clínica:** Acidente Vascular Encefálico (AVE) é definido "(...)" como um déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita ou com rápida evolução, sem outra causa aparente que não vascular, com duração maior do que 24 horas

(...)”. O diagnóstico é clínico, podendo ter exames laboratoriais e de imagem como suporte (VELASCO, 2019).

A literatura estima que 85% dos casos de AVE sejam isquêmicos (AVEi), nos quais a oclusão abrupta de um vaso encefálico gera déficits neurológicos, pois a redução ou extinção do fluxo sanguíneo restringe a oferta de glicose e de oxigênio para os neurônios, alterando e impedindo suas atividades habituais. Caso o fluxo de sangue seja restaurado espontaneamente em 24 horas, o fenômeno é conhecido como Ataque Isquêmico Transitório. Além da causa isquêmica, o AVE pode ser de origem hemorrágica, havendo sangramento intraparenquimatoso ou subaracnoide. Essa modalidade de doença vascular também promove déficits neurológicos e pode gerar efeito de massa sobre as estruturas cerebrais pelo edema ao redor da lesão - como é o caso da paciente descrita no tópico 2.2.2 (LONGO, 2013).

As causas do AVEi concentram-se em mecanismos que podem levar aos trombos nos vasos de irrigação cerebral: trombos de grandes ou pequenos vasos relacionados aos processos ateroscleróticos, cardioembolismo ou outros fatores, como estados hipercoaguláveis. No caso desse paciente, o processo aterosclerótico pode ser verificado em sua segunda TC de crânio realizada: “Artérias intracranianas com sinais de densificações parietais ateroscleróticas”.

Na admissão do paciente com suspeita de AVE é importante realizar o ABCD, verificando e monitorando a via respiratória, a respiração, a circulação e o estado neurológico. É essencial avaliar a glicemia, excluindo a hipoglicemia e evitando a hipo/hiperglicemia e a hipertermia, pois alteram desfavoravelmente o prognóstico. Exames laboratoriais podem ser solicitados, a fim de excluir causas metabólicas e avaliar perfil bioquímico e hematológico. O exame de imagem de escolha na admissão é a TC de crânio sem contraste, que pode cursar sem alterações nas primeiras 24 horas do quadro em até 50% dos casos (OLIVEIRA-FILHO, 2022b).

Para melhor avaliar o comprometimento neurológico no AVE, pode-se utilizar a escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), que por meio de 15 itens clínicos pode quantificar a gravidade e o prognóstico do paciente. É avaliado: nível de consciência, movimento ocular, campo visual, presença de paralisia facial, capacidade de sustentação dos quatro membros, ataxia de membros, sensibilidade, linguagem, disartria e desatenção. A linguagem e a disartria são avaliadas por meio de ferramentas também anexas à NIHSS. Uma pontuação na escala menor ou igual a 6 aponta uma bom prognóstico, com perspectiva de manutenção da autonomia; já

um escore maior ou igual a 16 indica má evolução do quadro, com altas chances de óbito ou de incapacidade. Na admissão, o paciente apresentava um NIHSS 15, evoluindo para NIHSS 19, quando transferido do HPMGL (BARUZZI; STEFANINI; MANZO, 2018; EDWARDSON, 2021)

Em AVEi é comum haver aumento de pressão arterial na fase aguda, por reações endócrinas de aumento de cortisol, ACTH e catecolaminas. Isso funciona até mesmo como um mecanismo de compensação, a fim de manter uma pressão de perfusão cerebral adequada para a área de penumbra. Esse fenômeno pode ser observado neste paciente, pois mesmo não sendo hipertenso, na admissão apresentava PA: 178/102 mmHg. Pelo motivo descrito, a PA não deve ser reduzida nesses indivíduos, exceto se pressão diastólica acima de 120 mmHg e/ou sistólica acima de 220 mmHg ou se for ser implantada a terapia fibrinolítica, na qual a PA deve ser igual ou menor a 185/110 mmHg.

Para o tratamento de AVEi, é importante ter em mente o conceito de zona isquêmica e de zona de penumbra. Na primeira, o tecido envolvido sofreu morte e houve perda irreversível de funcionalidade. Já a segunda, ainda recebe um fluxo sanguíneo reduzido, podendo manter sua viabilidade e funcionalidade. É na área de penumbra que os esforços do tratamento se concentram. Para realizar a trombólise intravenosa, é necessário que o quadro neurológico não esteja presente há mais de 4,5 horas (contabiliza-se desde o último momento em que o paciente não apresentava as alterações focais). Utiliza-se a máxima: Tempo é cérebro. Quanto antes instituído o tratamento, maior a área encefálica preservada.

O fármaco de escolha é o trombolítico ativador de plasminogênio tecidual recombinante humano (rtPA), Alteplase, que deve ser feito na dose de 0,9 mg/kg (máximo de 90mg), sendo que 10% da dose deve ser administrada em bolus e o restante em bomba durante 60 minutos - a diluição é de 1mg/mL (sendo o diluente próprio). Deve ser administrado “em vasos da extremidade superior e não correr em Y com nenhuma outra medicação” (BRASIL, 2013b). De acordo com Baruzzi, Stefanini e Manzo (2018), pacientes com 4 ou menos pontos na escala de NIHSS, ou com mais de 15 pontos, são excluídos da terapia fibrinolítica (Quadro 5).

O paciente deste caso clínico não se enquadraria nos critérios para o uso da Alteplase, caso houvesse no serviço, visto o score NIHSS 15 e por ter apresentado um AVCi há menos de 3 meses. Não encontrei na literatura a resposta para um questionamento: o uso é desconsiderado por pressupor o uso prévio do fibrinolítico

no episódio isquêmico neste período de 90 dias? Caso não houvesse sido administrado o fármaco, poderia ser feito neste momento?

Quadro 5 - Critérios de Inclusão e Exclusão para Terapia Fibrinolítica

<p>Critérios de Inclusão</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idade \geq 18 anos; • Início dos sintomas \leq 4½h; • Confirmação tomográfica: ausência de sangramento, lesões expansivas, efeito de massa;
<p>Critérios de Exclusão</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escore NIH $>$25 pontos ou \leq 4 pontos; • História de AVCi ou TCE $<$ 3 meses; • Cirurgia SNC $<$ 3 meses; • Endocardite; • Hemorragia intracraniana progressiva; • Sintomas sugestivos de hemorragia subaracnoide; • Crise convulsiva no início dos sintomas; • Anticoagulação plena com heparina, Warfarina (RNI $>$ 1,7); • Plaquetas \leq 100.000/mm³ ; • Uso atual de antiagregante plaquetário (exceto aspirina); • Uso de heparina terapêutica \leq 48h (exceto TTPa normal); • Novos anticoagulantes orais \leq 48h (checar função renal); • Glicemia \leq50mg/dL ou \geq 400mg/dL; • Cirurgia de grande porte últimos 14 dias; • Sangramento interno ativo; • Sangramento do trato urinário ou digestivo $<$ 21 dias; • Suspeita de dissecação aórtica, carotídea ou vertebral; • Infarto do miocárdio recente (entre 24h e 3 meses); • PAS \geq185 e PAD \geq 110mmHg sem resposta ao hipotensor;

Fonte: Adaptado de BARUZZI; STEFANINI; MANZO, 2018.

Outros fármacos que podem ser administrados na fase aguda do AVCi, nas primeiras 48 horas, são os antiagregantes plaquetários como a Aspirina na dose de 325mg/dia e o Clopidogrel, 75mg/dia, como segunda escolha, para reduzir a chance de recorrência do fenômeno trombótico. O uso desses medicamentos não tem ação sobre o acidente vascular atual, mas sim sobre a prevenção de futuros novos episódios. Ainda nessa linha da prevenção de futuros agravos, as estatinas podem ser prescritas quando houver relação do AVCi com a aterosclerose. A anticoagulação com heparina geralmente é prescrita para evitar o tromboembolismo venoso em pacientes com restrição de mobilidade, não apresentando benefício no tratamento do AVEi em si (OLIVEIRA-FILHO, 2022a; ROST; SIMPKINS, 2022).

- **Considerações sobre o caso:** Quanto à realização do diagnóstico, tanto em Foz do Iguaçu como em São Miguel, este era realizado de maneira clínica em 99,9% dos casos. A TC de crânio era solicitada para diferenciação entre episódio isquêmico ou hemorrágico. Em Foz, o exame, quando solicitadas nas UPAs, levavam em torno de 8 a 24 horas para ser realizado, já que dependia do transporte até o HMPGL; já em São Miguel, dependendo do fluxo, em cerca de 2 horas o exame era realizado em outro estabelecimento, o Hospital Madre De Dio.

Geralmente, os pacientes já chegavam no serviço fora da janela terapêutica de 4,5 horas no AVEi. questão envolvida neste processo é o fato de que, em Foz do Iguaçu, os pacientes com suspeita de AVC buscam atendimento diretamente em locais de atendimento Pré-Hospitalares, que não contam com estrutura para realizar os exames de diferenciação entre AVCi e AVCh, tampouco para ofertar intervenções terapêuticas oportunas. O ideal seria que os indivíduos fossem direcionados primariamente para ambientes hospitalares que tenham Unidades de Cuidado Agudo ao AVC (U-AVC Agudo), assim como pressupõe a Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012, que zela pela Linha de Cuidados ao paciente com AVE. (BRASIL, 2012c)

Nestes locais de U-AVC, o diagnóstico e a intervenção podem ser precoces, além de contar com equipes multidisciplinares que atuam na estabilização e na reabilitação do indivíduo acometido por doença cerebrovascular. Esses centros de atendimento devem disponibilizar e realizar o procedimento de trombólise, quando indicado (NETO; TAKAYANAGUI, 2013).

Nos campos de estágio de Foz há uma nítida diferença de manejo entre o AVCi e o AVCh. No primeiro caso, o manejo costumava ser algo mais arrastado, como visto com este paciente. Já no segundo, a conduta é quase instantânea, pois é necessária intervenção terapêutica imediata. Quando um paciente com suspeita de AVE era encaminhado ao HMPGL para realizar a TC de crânio, caso esta apontasse situação hemorrágica, o paciente já ficava no hospital para a conduta neurológica - vivenciei essa situação em 2 oportunidades. Naquele outro caso apontado em 2.2.2, a paciente também foi encaminhada rapidamente à complexidade terciária.

A respeito da hipotensão e da hipossaturação apresentada pelo paciente quando retornou da TC de crânio, após uso de Midazolam, a literatura demonstra que é algo esperado após o uso do fármaco. Pertencente à classe dos benzodiazepínicos, o Midazolam atua sobre os receptores GABA_A, aumentando o

influxo do íon cloreto, promovendo a hiperpolarização neuronal e mantendo um estado sináptico inibitório. Por esse motivo, essa classe é utilizada para redução de ansiedade/agressividade, indução de sedação, inibição de crises convulsivas em curso e para promover amnésia anterógrada. O Midazolam (Quadro 6), em específico, possui como principal efeito colateral a depressão moderada dos sistemas cardiovascular e respiratório, como aconteceu com o paciente. Após a administração do fármaco, o indivíduo deve ser mantido monitorizado. Caso o efeito adverso ameace a vida, pode ser usado um antagonista benzodiazepínico competitivo, o Flumazenil. Sua posologia pode iniciar com 200ug EV, em 15 segundos, tendo início de ação em torno de 2 minutos - em alguns casos, seu uso pode cursar com agitação e convulsões (RANG et al, 2012; ROSERO, 2022).

Quadro 6 - Propriedades do Midazolam

MIDAZOLAM	Nome comerciais: <i>Dormonid, Dormire...</i>
Via administração	IM ou EV (preferencialmente), em bolus de 1 a 2 minutos
Dose inicial	0,1 a 0,15 mg/kg (dose para evitar depressão respiratória)
Dose usual	5mg (podendo ser titulada em doses mais baixas, como 1 a 2mg)
Início de ação	2 a 5 minutos
Tempo de ação	30 a 60 minutos
Ampola disponível no serviço Foz	Midazolam 5mg/mL - ampolas de 3 e 10mL

Fonte: Velasco, 2019.

3.5 CASO CLÍNICO 5

- **Local e data da admissão:** UPA Morumbi, 16 de maio de 2022.
- **Identificação:** A.S.N., feminino, 32 anos, branca.
- **QP:** Cefaleia
- **HMA:** Paciente vem à UPA, encaminhada da UBS Jardim São Paulo para acompanhamento de Dengue grupo B. Refere que há 3 dias da admissão apresenta sensação febril (não aferida), mialgia, cefaleia, dor retroorbital, exantema e prurido generalizado, vômito e dejeções líquidas em duas oportunidades naquele dia. Diurese presente, sem alterações. Nega sangramentos ou outros sinais.
- **HPP:** Nega comorbidades, bem como MUC e alergias.

- Exame Físico:

- **Da admissão:** Sem alterações.
 - SSVV: PA: 100/60 // FC: 87 // FR: 18 // SatO2: 99% em AA, T: 36,6°C.
 - Ectoscopia: BEG, hidratada, pupilas isocóricas fotorreativas.
 - Cardio: BCNF, em 2T, não ausculto sopros, pulsos periféricos palpáveis e simétricos, TEC <3s.
 - Respiratório: MV+, sem RA. Expansibilidade preservada.
 - Abdome: plano, RHA+, timpânico à percussão, indolor à palpação superficial e profunda, sem sinais de VMG ou peritonismo.
 - Extremidades: Mobilidade preservada, sem edemas, panturrilhas livres
 - Prova do laço positiva.
 - Peso: 73kg.

- Exames laboratoriais da admissão:

- Labs (16/05): Hb: 13,4 // Ht: 42,7 // Plaq: 65.000
- Solicitado NS1

- Conduta:

- Alta com sintomáticos + orientações de retorno no dia seguinte para controle

- Evolução do caso conforme dias:

- 17/05:
 - Paciente retorna à UPA por queixa de tontura - SSVV: 127/80 // T: 36,2 // SatO2: 99% em AA // FR: 16 // FC: 76. Exame Físico sem alterações;
 - Labs (16:56): Hb: 12,5 // Ht: 39,7 // Plaq: 33.000;
 - Iniciado protocolo de hidratação vigorosa para dengue;
 - Labs (22:52): Ht: 39,5 // Plaq: 15.000;
 - Solicitada vaga ao HMPGL, conforme protocolo de transferência de todo o paciente com dengue grupo C.
- 18/05:
 - Paciente refere início de menstruação fora do período;
 - Exame físico e sinais vitais sem alterações;
 - Solicitado RX tórax e USB abd -> ambos sem alterações;
 - Labs (13:07): Hb: 12,7 // Ht: 40,3 // Plaq: 89.000;
 - Paciente transferida ao HMPGL.

- Diagnóstico Síndromico: Síndrome Febril, Síndrome Exantemática.

- **Discussão clínica:** Início a discussão com o relato do quão surpreendida eu fiquei com a rápida evolução da dengue e o quão oligossintomática a sua gravidade pode ser. Naquela semana, foram diversos pacientes que atendemos com este mesmo diagnóstico. Em vários casos, o indivíduo queixava-se dos sintomas “padrões” da dengue, mas geralmente o quadro clínico não refletia a plaquetopenia exacerbada do exame laboratorial. Impressionante e perigoso.

Típica doença sazonal de Foz do Iguaçu, a dengue é conhecida como uma arbovirose causada pelo arbovírus do gênero *Flavivírus*, com quatro sorotipos distintos (1, 2, 3 e 4), e é transmitida pelos mosquitos do gênero *Aedes*. Não há transmissão direta de indivíduo para indivíduo (BRASIL, 2002b).

O quadro clínico costuma ser variado, mas conta com a febre de início súbito como sinal essencial. As outras manifestações podem ser cefaleia, mialgia, artralgia, astenia, anorexia, dor retroorbital, vômito, diarreia, prurido e exantema. Em adultos, diferente das crianças, é mais comum a presença de hemorragias, ainda que modestas. Estas podem se dar por meio das petéquias, gengivorragia, epistaxe e metrorragia. Como apontado na literatura, na prática vimos que estes são os principais locais de sangramento nos pacientes acometidos pela dengue. Em mulheres em idade fértil foi muito comum a queixa de metrorragia, ainda que em baixo volume, o que deixava a equipe médica em dúvida se realmente aquele sinal guardava relação clínica com o caso ou não. Não temos como afirmar que sim, já que muitas poderiam apresentar ciclo menstrual irregular, mas não se pode excluir a possibilidade e a necessidade de ficar atento para a possibilidade da evolução do quadro para dengue tipo D.

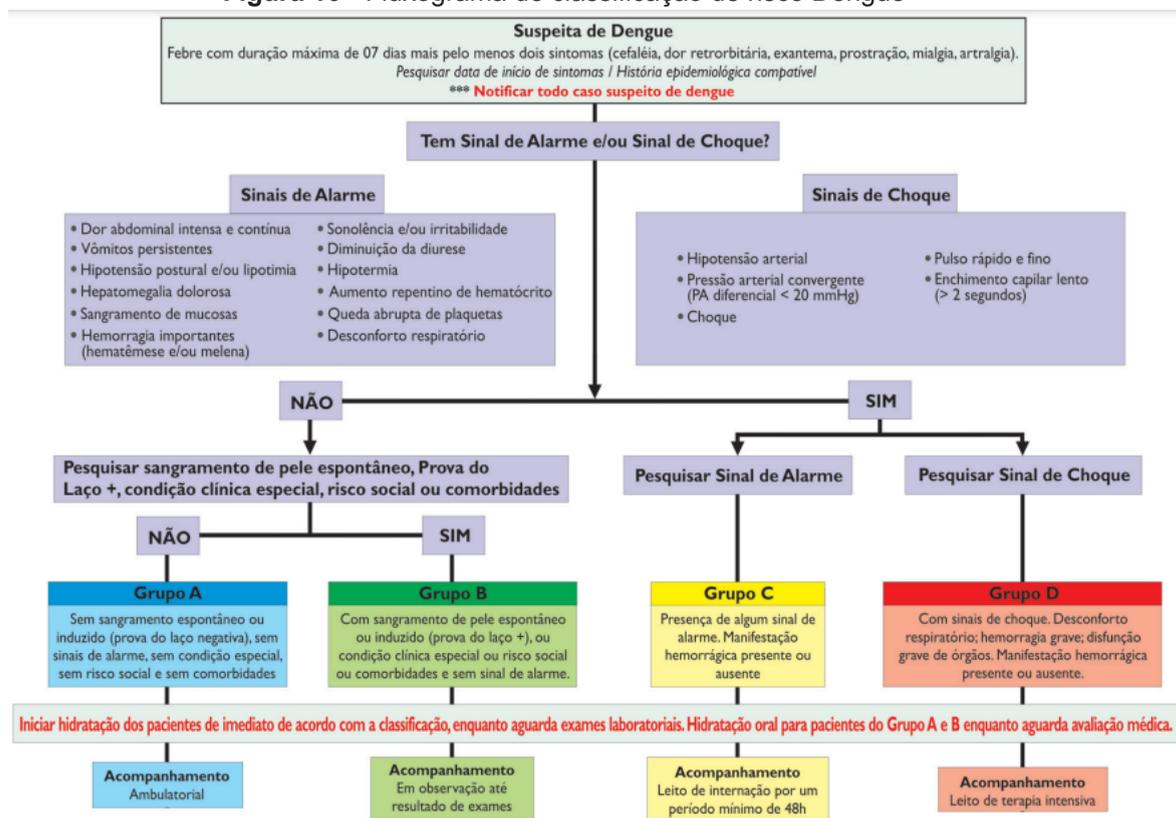
O diagnóstico da dengue é eminentemente clínico, baseando-se na anamnese e no exame físico. A prova do laço é uma ferramenta de apoio, já que caso esteja positiva (em adultos, 20 ou mais petéquias em um quadrado de 2,5cm no antebraço) há carência de um acompanhamento mais estrito, pois indica fragilidade capilar. É importante ressaltar que a prova do laço positiva não é patognomônico de dengue, bem como o resultado negativo não exclui a possibilidade da doença (BRASIL, 2013c).

A classificação de risco do paciente com dengue baseia-se na busca dos sinais de alarme ou de choque. Os sinais de alarme são: dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, hepatomegalia dolorosa, sangramentos, hipotensão postural, sonolência/irritabilidade, diminuição da diurese, hipotermia, alteração em

hemograma (aumento de hematócrito e plaquetopenia), desconforto respiratório. Os sinais de choque são aqueles já conhecidos: hipotensão, PA convergente, pulso rápido e fino, má perfusão periférica.

Tendo os critérios de classificação em mente, o manejo fica esclarecido. O Ministério da Saúde disponibiliza um material de apoio ao profissional de saúde que considerei sensacional. É um fluxograma bem fechado, com passo a passo de acordo com o risco do paciente. Como o aumento do número de casos aconteceu no período em que estive nas UPAs, qualquer gaveta que você abrisse, você encontraria o fluxograma impresso. A Figura 10 mostra uma parte do que é proposto pelo Ministério da Saúde.

Figura 10 - Fluxograma de classificação de risco Dengue



Fonte: BRASIL, 2013.

Olhando a Figura 10, podemos ver que A.S.N. durante o internamento pôde ser classificada como Grupo C, pois em exame laboratorial houve uma queda importante de plaquetas em menos de 24 horas: 65.000 -> 33.000 -> 15.000. Sinais de choque não estavam presentes.

O tratamento da dengue, como já é bem sabido, é de suporte. O pilar consiste na hidratação vigorosa, tendo como base o peso real da pessoa. O Grupo A pode manter acompanhamento ambulatorial, sendo que a hidratação deve ser 80mL/kg/dia, sendo $\frac{1}{3}$ de solução salina oral e $\frac{2}{3}$ de outros líquidos a critério da pessoa (exceto refrigerantes, bebidas açucaradas etc). Dentre os sintomáticos para dor e febre, optar por dipirona e paracetamol, sendo contraindicada a prescrição de AINES e de salicilatos, visto que podem aumentar a tendência a hemorragias. Se a dor não melhorar com estas medidas, pode-se optar por derivados de opióides, como a codeína. Podem ser prescritos antieméticos (ex: metoclopramida, bromoprida) e antipruriginosos (ex: dexclorfeniramina, loratadina) (BRASIL, 2013c).

O grupo B exige observação em ambiente de saúde pelo menos até que haja liberação de exames complementares, motivo pelo qual a médica da UBS Jardim São Paulo encaminhou a paciente à UPA. Caso os laboratoriais não apresentem alterações, o acompanhamento ambulatorial também pode ser indicado. Se o hematócrito estiver 10% acima do valor normal para aquela pessoa, ou maior de 44% em mulheres e 50% em homens, é indicada a internação para a hidratação venosa com SF ou RL 40mL/kg durante 4 horas. Se houver melhora, alta. Se não houver melhora, seguir tratamento do grupo C.

O grupo C, da nossa paciente, exige hidratação venosa inicial de 20mL/kg/h em 2 horas com SF ou RL, conhecida como fase de expansão. Finalizada a hidratação, repetir o hematócrito. A fase de expansão pode ser repetida por até 3 vezes, em busca da hemodiluição. Se não houver melhora, paciente é direcionado para grupo D, que não cabe ao relatório, por ser conduta já em ambiente de UTI. Se em alguma dessas três tentativas a expansão demonstrar melhora clínica, inicia-se a fase de manutenção, que consiste em duas etapas. Na primeira são ofertadas 25mL/kg de SF ou RG, durante 6 horas. Se melhorar, caminhar para a segunda: 25mL/kg em 8 horas, sendo que $\frac{1}{3}$ do volume deve ser de SF e $\frac{2}{3}$ de soro glicosado. O indivíduo apresenta critérios de alta quando não apresentar febre por um período maior de 48 horas, hematócrito normal e estável, plaquetas em valores acima de 50.000. Todos os valores de hidratação apresentados acima são baseados em adultos, tendo valores diferentes em crianças.

Finalizada a discussão clínica, com a essência da patologia, me concentro agora em algumas dúvidas que me ocorrem quando falamos de dengue. Por que

ocorre plaquetopenia? Por que é necessária uma hidratação tão vigorosa? Qual o mecanismo da doença que leva o indivíduo à morte?

A resposta imune do indivíduo, associada à infecção viral, aumenta a permeabilidade vascular transitoriamente, levando ao extravasamento de plasma ao interstício, com conseqüente desproporção na porcentagem de hemácias no sangue resultante, levando a elevação do hematócrito. Esse é também um dos mecanismos pelo qual a dengue leva ao choque, pois há redução de volume circulante, queda da pressão arterial, má perfusão tissular, com conseqüente hipóxia e acidose (FIGUEIREDO, 1999). Achei interessante que este aumento de permeabilidade se dá por uma disfunção no tecido epitelial, não por uma lesão direta pelo vírus, já que autópsias demonstraram que não há infecção direta pelo patógeno no epitélio. (THOMAS; ROTHMAN, 2021).

A plaquetopenia pode ser explicada por meio de dois fenômenos. O primeiro diz respeito à plaquetopenia e a leucopenia que geralmente ocorrem associadas, pois o antígeno possivelmente age produzindo algum grau de supressão da medula óssea. Além disso, partículas do vírus podem ficar adsorvidas na superfície da plaqueta, levando à ativação do sistema complemento, com destruição de trombócitos. Os mecanismos ainda não estão completamente elucidados, porém os estudos caminham nesta linha (THOMAS; ROTHMAN, 2021).

- **Diagnóstico Diferencial:** Por ser uma doença que cursa com uma gama de sintomas inespecíficos, a lista de diagnósticos diferenciais é extensa, de modo que o contexto clínico deve ser avaliado de acordo com a sazonalidade e a região. Pode-se citar: influenza, malária, zika, chikungunya, leptospirose, hantavirose, doenças exantemáticas como rubéola, citomegalovirose, entre várias outras.

3.6 CASO CLÍNICO 6

A Lei de Velpeau, de Alfred Velpeau, afirma que quando um caso raro aparece, outro semelhante aparece logo depois. A pancreatite não é uma patologia rara, mas naquela semana, na mesma UPA, foram em torno de 4 casos.

- **Local e data da admissão:** UPA Morumbi, 22 de maio de 2022.

- **Identificação:** M.S.J., 57 anos, feminino, parda, do lar, acompanhada do marido no momento da avaliação.

- **QP:** Dor abdominal
- **HMA:** Paciente busca atendimento por queixa de dor em barra (intensidade 10/10), em quadrantes superiores do abdome, com irradiação para região dorsal, há 1 dia. Refere vários episódios de vômito “esbranquiçado” desde ontem. Negou dejeções líquidas, febre ou outros sinais ou sintomas.
- **HPP:** HAS, Depressão, Pós-bariátrica, colecistectomia e histerectomia prévias. Nega etilismo e tabagismo. Nega alergias.
- **MUC:** Fluoxetina 20 mg (100), HCTZ 25mg (100), Propanolol 40mg (101), Losartana 50mg (101).
- **Exame Físico:**
 - REG, orientada, afebril, fácies dolorosa, eupneica em AA.
 - Neuro: Glasgow 15, orientada, consciente, contactante em leito.
 - Ap. Resp: MV + SRA, sem sinais de esforço respiratório
 - Ap Cardio: BCR 2TNF. hemodinamicamente estável sem DVA
 - Abdome: globoso às custas de tecido adiposo, doloroso à palpação superficial e profunda difusamente - porém mais acentuado em quadrantes superiores. Sinais de peritonismo (?), Blumberg negativo. Sem visceromegalias.
 - Extremidades: MMIIIs sem edema, TEC<2 s. Panturilhas livres
 - SSVV PA: 170/90 // FC: 117 // T: 38,7 // SatO2: 95% em AA // FR: 30 // HGT: 100
- **Conduta:**
 - Solicitação de exames laboratoriais.
 - Após resultados laboratoriais:
 - Solicitada vaga clínica para o HMPGL;
 - Paciente foi posta em jejum;
 - Iniciada a hidratação com SF 0,9%;
 - Analgesia: foi iniciada com dipirona EV, sem efeito, evoluindo para tramadol EV e, ainda sem resultados, foi prescrito a morfina EV - com sucesso.
 - Antieméticos: Bromoprida EV
- **Exames Complementares:**
 - Labs (22/05): Lipase: 7.782 // Amilase: 583 // Leuco: 10.130 sem desvios, 81% segmentados // Hb: 12,8 // Ht: 39,4 // Plaq: 209.000 // Cr: 0,7 // Ur: 46 // CPK: 94 // FA: 87 // K: 4,6 // Na: 141 // Ca: 1,06 // CKMB: 24 // Troponina:

0,012 // TGO e TGP foram solicitadas, porém não foram disponibilizadas pelo laboratório.

- ECG (22/06): Sem alterações.
- Labs (23/05): Lipase: 830 // Amilase: 227.

- **Dx Sindrômico:** Abdome agudo.

- **Hipótese Diagnóstica:** Pancreatite aguda

- **Dx Diferencial:** Úlcera péptica, colelitíase e colecistite (excluídas no caso da paciente, já que possui histórico de colecistectomia), síndrome coronariana aguda, aneurisma de aorta, cetoacidose diabética, obstrução intestinal ou vascular mesentérica, entre outras. (HARRISSON).

- **Desfecho do caso:** Após 48 horas, a paciente foi transferida para o HMPGL. Como esta voltou 6 dias após a admissão na UPA, por queixas respiratórias, pudemos conversar com ela sobre a evolução de seu quadro. Paciente referiu melhora clínica. Em novos exames laboratoriais, lipase e amilase já normalizadas (100 U/L e 74 U/L, respectivamente);

- **Discussão clínica:** A pancreatite aguda é definida como uma inflamação aguda do tecido pancreático, podendo ou não envolver tecidos peripancreáticos ou órgãos à distância. Em condições fisiológicas, as enzimas pancreáticas são armazenadas na forma dos seus precursores. Havendo algum desequilíbrio homeostático, essas enzimas podem ser ativadas ainda dentro da glândula, promovendo a autodigestão do órgão (LONGO, 2013)

As condições que podem levar a essa disfunção incluem cálculos biliares (obstruindo o ducto pancreático), alcoolismo, hipertrigliceridemia, fármacos como os antirretrovirais e imunossupressores, hipercalcemia, infecções por diversos patógenos (vírus como *Coxsackie*, caxumba, varicela, citomegalovírus, bactérias como *Mycoplasma*, *Leptospira*, parasitas como *Toxoplasma*, *Ascaris*). No caso dessa paciente, nenhuma causa foi identificada e, após o internamento, foi encaminhada para o acompanhamento ambulatorial do HMPGL (LONGO, 2013).

O diagnóstico de Pancreatite Aguda pode ser feito pelo preenchimento de pelo menos dois dos seguintes critérios: 1) dor abdominal em andares superiores, 2) aumento de enzimas pancreáticas séricas (lipase/amilase), no mínimo 3x acima do valor normal, 3) exames de imagem sugestivos de pancreatite (JAMES; CROCKETT, 2018). Em nossa paciente, tivemos os dois primeiros critérios.

As enzimas dosadas são a amilase, responsável pela hidrólise polímeros de glicose, e a lipase, que faz a hidrólise de triglicédeos. O aumento da amilase na pancreatite aguda possui uma sensibilidade em torno de 67 a 83% e uma especificidade de 85 a 98% (VEGE, 2022).

No caso da paciente em questão, o médico plantonista utilizou os critérios clínicos e laboratoriais para o diagnóstico. O exame de imagem não foi solicitado, fazendo jus à máxima “A clínica é soberana”. Se houvesse dúvida, o ultrassom abdominal pode ser solicitado; caso a incerteza persistisse, com diagnósticos diferenciais latentes, a tomografia de abdome com contraste poderia ser uma opção. Em outros episódios semelhantes, percebemos que a tomografia costuma ser o exame mais solicitado, deixando até mesmo a clínica de lado. Em uma busca rápida na internet é possível ver a diferença de custo entre esses dois exames: uma ultrassonografia abdominal custa em torno de R\$: 145,00, já a tomografia R\$: 570,00. É importante ter em mente esses valores na hora da clínica.

O tratamento consiste na reposição de fluidos cristalóides (SF 0,9% ou Ringer Lactato, com preferência ao último) a uma dose de 250-500mL por hora, nas primeiras 24 horas. Se a suspeita for de pancreatite por hipercalcemia, não utilizar Ringer Lactato. É importante evitar hipovolemia e baixa perfusão dos órgãos, pois cursam com aumento de mortalidade. O controle da dor é essencial, pois pode predispor à uma instabilidade hemodinâmica. Como a pancreatite pode cursar com disfunções orgânicas, é essencial o monitoramento de sinais vitais, glicemia, débito urinário e eletrólitos. Ao contrário do que era preconizado até então, a dieta deve ser instituída o quanto antes, se o indivíduo tolerar. O início precoce da alimentação pode proteger a mucosa entérica, reduzindo a possibilidade de translocação bacteriana. A não instituição precoce de alimentação pode estar relacionada com aumento nas taxas de complicações, como a necrose pancreática (JAMES; CROCKETT, 2018; VEGE, 2022). Essa informação somente fiquei sabendo após o estudo para o relatório, pois até então tinha em mente que o correto era o jejum .

A pancreatite aguda pode evoluir com complicações locais, como a necrose pancreática ou a formação de pseudocistos e abscessos. Pode haver também evolução para a disfunção orgânica sistêmica. Há alguns escores que podem auxiliar na predição de complicações, como o APACHE-II e o Escore de Ranson (Figura 11), no qual cada variável apresentada pelo paciente configura um ponto. Se houver de 0 a 2 pontos, a mortalidade está entre 0 a 3%, se 3 a 4 pontos, 15%, se 5

a 6 pontos, 40% e se o paciente apresentar 7 ou mais pontos, a mortalidade é próxima aos 100% (FERREIRA et al., 2015).

Figura 11 - Escore de Ranson

Na admissão	Nas primeiras 48 horas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idade > 55 anos ▪ Leucometria > 16.000/mm³ ▪ Glicose > 200 mg/dL ▪ DHL > 350 UI/L ▪ TGO > 250 UI/dL 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Queda do hematócrito > 10% ▪ Cálcio sérico < 8 mg/dL ▪ PaO₂ < 60 mmHg ▪ Déficit de bases > 4 mEq/L ▪ Sequestro volêmico > 6 L ▪ Aumento de ureia > 50 mg/dL

DHL: desidrogenase láctica; TGO: transaminase glutâmico oxalacética.

Fonte: Velasco, 2019.

Em um outro momento, já no HMPGL, acompanhamos o caso de uma senhora com Pancreatite Aguda que foi regulada para o serviço como vaga zero. A suspeita etiológica era de obstrução dos canalículos pancreáticos por litíase biliar, já que a paciente possuía histórico de colelitíase. A lipase estava em torno de 14 mil e a amilase em 2.500. Quando chegou ao serviço, a paciente já estava em choque séptico e acabou evoluindo a óbito. Ficou como aprendizado a importância do reconhecimento da patologia e um rápido encaminhamento para serviços especializados.

Abaixo segue o quadro 7, com um dos aprendizados que adquiri com o caso de M.S.J.: dose e diluição de alguns dos fármacos mais utilizados na emergência.

Quadro 7 - Posologia de fármacos da Emergência

Fármaco	ADM	Dose	Volume na Ampola	Diluição	Efeitos Colaterais Ocasiais
Dipirona	IM ou EV	500mg/mL	2mL	Se EV, 8mL de SF ou AD.	Rubor, prurido, hipotensão, angioedema grave, arritmia cardíaca...
Tramadol	IM ou EV	50mg/mL	2mL	Se EV, 100mL de SF ou SG.	Vertigem, cefaleia, náuseas, vômitos...
Morfina	IM ou EV	1mg/mL	2mL	Se EV, 8mL de SF ou AD.	Alterações respiratórias (irregular, dispneia, bradi ou taquipneia), constipação, náuseas, vômitos, vertigem...
Bromoprida	IM ou EV	5mg/mL	2mL	Se EV: 20mL de SF ou AD.	Cefaleia, tontura, sintomas extrapiramidais...

ADM: Administração
IM: intramuscular; EV: endovenoso
SF: Soro Fisiológico 0,9% ; AD: Água Destilada; SG: soro glicosado.

3.7 CASO CLÍNICO 7

- **Local e data da admissão:** 09 de junho de 2022, Complexo Hospitalar de São Miguel do Iguçu
- **Identificação:** J.A., masculino, 82 anos, acompanhado pela esposa.
- **QP:** Falta de ar
- **HMA:** Paciente admitido no serviço de urgência no dia 09/06, acompanhado pelos familiares, com queixa de dispneia progressiva há 4 dias, com piora nas últimas horas. Refere dispneia paroxística noturna, ortopneia, associadas a desconforto torácico em aperto em região precordial, esforço respiratório, intolerância aos mínimos esforços, além de hiporexia e anasarca. Há 3 dias procurou atendimento no Pronto Atendimento, pelas mesmas queixas, sendo liberado com ATB ambulatorial. Sem melhora clínica buscou novamente atendimento na data de hoje.
- **HPP:** HAS, Insuficiência Cardíaca, Fibrilação Atrial, DPOC, tabagista 40 maço/ano.
- **MUC:** Anlodipino 5mg (não sabe relatar dose).
- **Exame Físico:**
 - REG, anasarcado, corado, anictérico, afebril;
 - Neuro: Glasgow 15, desorientado em tempo e espaço (basal segundo esposa (?)), colaborativo e comunicativo, pupilas isofotorreagentes, sem sinais focais;
 - Otoscopia: presença de cerume impactado bilateralmente.
 - Ap Resp: MV reduzido globalmente, com sibilos e crepitanes em bases bilaterais, SatO₂: 89% com CN 2L/min. Expansibilidade preservada.
 - Ap Cardio: Bulhas cardíacas hipofonéticas, arrítmicas com B3, presença de turgência jugular e refluxo hepatojugular. PA: 148/80 mmHg, FC: 80 bpm. Estável hemodinamicamente sem DVA.
 - Abd: globoso, RHA+, ascite moderada com piparote positivo, presença de diástase à manobra de Valsava. Cacifo positivo. Sem dor à palpação. Sem sinais de irritação peritoneal. Fígado palpável à 3cm do rebordo costal. Evacuação preservada.
 - Geniturinário: Diurese em sonda vesical de demora, de coloração amarelo-claro.

- Extremidades: Edema 4/4+ com cacifo, dermatite ocre em ambos MMII abaixo dos joelhos, pulsos radiais presentes e fortes, pulsos pediais reduzidos. TEC<3s.

- Exames Complementares:

- Na admissão: Labs (08/06) - Hem: 4,09 // Hb: 10,3 // Ht: 29,4 // VGM: 71,9 // HGM: 25,2 // CHGM: 35 // Leuco: 5.760 sem desvios // Plaq: 52.000 // K: 5,43 // Na: 136,3 // Ur: 38 // Cr: 0,87 // PCR: 13 // RNI: 1,34 // KPTT: 38,6 // Tropo <0,1 // CKMB: 78,5 // Urina 1 sem alterações.
- Labs (09/06): Hem: 3,42 // Hb: 8,7 // Ht: 35,4 // VGM: 74,3 // HGM: 35,4 // CHGM: 34,3 // Leuco: 3.520 sem desvios // Plaq: 49.000 // K: 4,68 // Na: 136,3 // Ur: 40,7 // Cr: 0,91 // PCR: 14.
- ECG (08/06): Arritmia cardíaca cardíaca compatível com fibrilação atrial - já crônica do paciente. Sem novas alterações dignas de nota.
- RX tórax (08/06): Arco aórtico calcificado, escoliose tóraco-lombar à direita, aumento da área cardíaca, derrame pleural bilateral.

- Dx Sindrômico: Insuficiência Cardíaca Crônica Agudizada

- Conduta inicial pelo plantonista:

- Iniciada Ceftriaxona, com 2g de ataque, seguida por 1g 12/12h;
- Prescrita Furosemida 1 amp 8/8h, Espirolactona 1 cp 25 mg 12/12h, Captopril 1 cp 25mg 8/8h, Deslanosídeo 1 cp 0,4mg 8/8h, Sulfato ferroso 200mg 1 cp ao dia.
- Prescrito sintomáticos como analgésicos, antieméticos.
- Indicado o uso de meia calça compressiva.
- Prescrito o uso de Cerumin (apesar de não ter no serviço, foi providenciado pelos familiares).

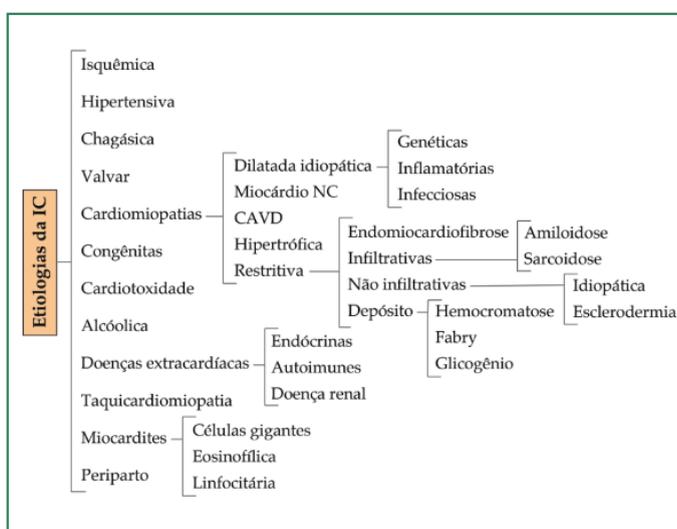
- Desfecho do caso: Paciente mantido em internação por 3 dias, com manutenção da prescrição inicial. Melhora do quadro clínico, resultando em alta hospitalar com encaminhamento para pneumologista (possível manejo de DPOC), cardiologista (sem acompanhamento até então) e hematologista (pancitopenia A/E).

- Discussão clínica: A insuficiência cardíaca (IC) consiste em alteração funcional do coração, a qual impede que as necessidades metabólicas do organismo sejam supridas. A IC pode ter como origem uma redução na força de contração do músculo cardíaco (70% dos casos) -denominada disfunção sistólica-, ou pode resultar da

baixa capacidade do coração expandir e preencher-se de sangue na diástole -disfunção diastólica (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2010).

As etiologias que levam à IC são múltiplas (Figura 12), mas são mais comuns as isquêmicas e aquelas decorrentes do mau controle pressórico e glicêmico. Considerando que este paciente é um hipertenso de longa data (provavelmente sem um tratamento adequado), negando histórico de infarto miocárdico prévio, podemos inferir que esta comorbidade pode ser um dos fatores causais de sua descompensação cardíaca.

Figura 12 - Etiologias da IC



Fonte: Rocha, 2019.

A classificação da IC pode ser feita de acordo com três critérios: fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), gravidade da doença e o tempo/progressão da patologia. A principal é o primeiro critério citado, sendo dividido em três principais grupos: FEVE normal, na qual a FE é maior ou igual a 50% (FEVEp); FEVE reduzida, sendo a FE < 40% (FEVER); e a FEVE de ejeção com médio alcance, que oscila entre 40 e 49% (FEVEm). Esse índice de ejeção é definido a partir do ecocardiograma, exame indicado para diagnóstico e seguimento do paciente com IC.

Em nosso caso, por ser um diagnóstico presumido de IC pela equipe médica do Complexo, não pudemos ter acesso ao valor exato da FEVE. Porém, com a avaliação do quadro funcional do indivíduo, a partir da NYHA (Figura 13), pode-se ter uma ideia do grau de comprometimento cardíaco. Nosso paciente estava no grau IV.

Figura 13 - Classificação NYHA: Gravidade da IC

Classe	Definição
I	Ausência de sintomas
II	Atividades físicas habituais causam sintomas. Limitação leve
III	Atividades físicas menos intensas que as habituais causam sintomas. Limitação importante, porém confortável no repouso
IV	Incapacidade para realizar qualquer atividade sem apresentar desconforto. Sintomas no repouso

Fonte: Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca, 2018.

Mesmo não tendo a FEVE do paciente, como foi presumido seu diagnóstico? Com a clínica. A literatura traz que o perfil clínico da IC condiz com “idosos portadores de etiologias diversas, [...], com alta frequência de comorbidades associadas”, totalmente condizente com J.A. Pode-se dizer que J.A. era um caso clássico de IC, com quadro clínico quase 100% condizente com o presente em livros. Dos critérios de Framingham, que podem auxiliar na identificação de IC, vários estavam presentes, como mostra o Quadro 8. Vale lembrar que, para o diagnóstico, devem estar presentes pelo menos dois critérios maiores ou um maior e dois menores.

Quadro 8 - Critérios de Framingham

Critérios maiores	Presente no paciente?	Critérios menores	Presente no paciente?
Dispneia paroxística noturna	SIM	Edema bilateral em MMII	SIM
Distensão jugular venosa	SIM	Tosse noturna	SIM
Crepitações	SIM	Dispneia ao esforço	SIM
Cardiomegalia em RX tórax	SIM	Hepatomegalia	SIM
Edema agudo de pulmão	NÃO	Derrame pleural	SIM
Terceira bulha	SIM	FC>120bpm	NÃO
Pressão venosa central>16cmH ₂ O	NÃO AVALIADO		
Refluxo hepatojugular	SIM		
Perda>4,5kg em 5 dias de tratamento	NÃO AVALIADO		

Entre os exames que podem auxiliar no diagnóstico estão a radiografia de tórax (com provável cardiomegalia), eletrocardiograma (que invariavelmente

demonstrará alguma alteração), dosagem de peptídeos natriuréticos BNP e NT-proBNP (valores de BNP acima de 500pg/mL e NT-proBNP>2.000 pg/mL são de alta sensibilidade para IC, excluindo o diagnóstico caso estejam normais) (VELASCO, 2019).

Aqui, faço uma pausa. Diversas vezes nos campos eu vi sendo solicitado a dosagem de BNP, mas não entendia o que era. Abaixo, segue a definição:

O peptídeo natriurético tipo-B é um neurohormônio sintetizado no miocárdio atrial e ventricular e um indicador de pressões intracardíacas aumentadas. Pode estar aumentado devido a uma variedade de doenças cardíacas estruturais, como insuficiência cardíaca, disfunção sistólica ou diastólica, fibrilação atrial, isquemia aguda ou anormalidade valvular significativa. Neste sentido, o valor do peptídeo natriurético tipo-B reside no seu elevado valor preditivo negativo (> 96%) (SILVA, L.B. et al., 2003).

No entanto, o motivo que levou ao internamento de J.A. não foi a insuficiência cardíaca em si, mas sim a sua descompensação, conhecida como IC crônica agudizada (ICAD). A ICAD é a IC com sintomas agudos, que podem incluir queixas de dispneia (principalmente), fadiga, hipoxemia. Os sinais e sintomas descritos nos critérios de Framingham costumam estar presentes.

Dentre as principais causas que podem levar à agudização, citarei aqui as que provavelmente tenham relação com o caso: não aderência do tratamento (já que não havia tratamento instituído), fibrilação atrial não controlada, exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica e anemia (COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, 2018).

Dentre os 4 subgrupos de pacientes com ICAD, podemos classificar J.A. como o perfil C, frio e úmido. Apresenta congestão em repouso e má perfusão tecidual. Em RX-tórax apresentava importante derrame pleural bilateral (Figura 14) e redução do tempo de enchimento capilar em MMII.

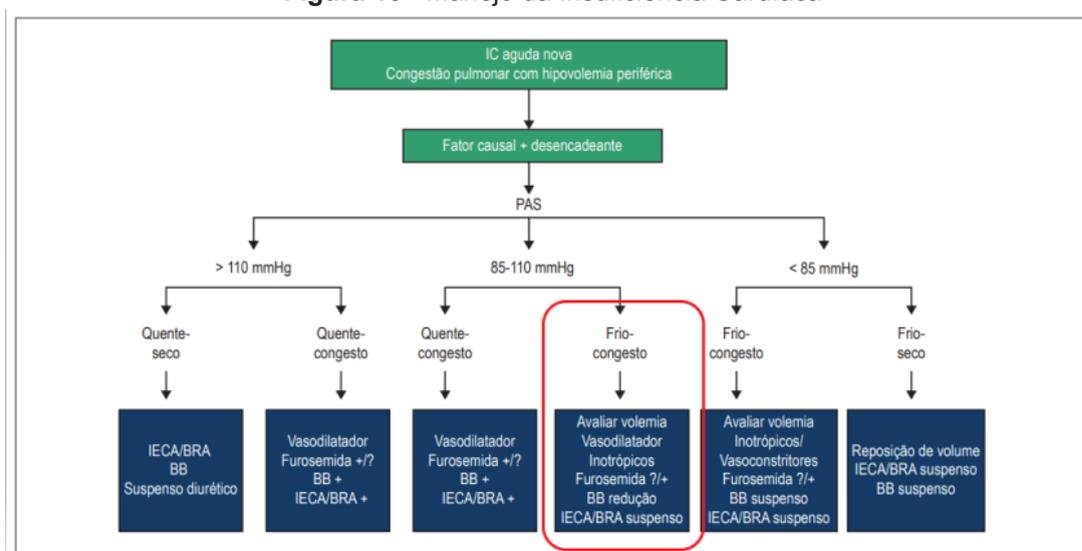
Figura 14 - Exemplificação de derrame pleural apresentado pelo paciente



Fonte: Fonseca, 2017.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2018), a figura 15 traz um fluxograma de atendimento ao paciente com IC aguda, sendo que o adequado manejo de nosso paciente está assinalado em vermelho.

Figura 15 - Manejo da Insuficiência Cardíaca



Fonte: Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca, 2018.

Se o paciente apresenta $PAS > 110 \text{ mmHg}$, está indicado o uso de vasodilatadores, como a nitroglicerina (dose 10-20 $\mu\text{g}/\text{min}$ até 200 $\mu\text{g}/\text{min}$) ou nitroprussiato (dose 0,3 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ até 5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$). Os inotrópicos podem ser dobutamina (2-20 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$), levosimedana (0,05-0,2 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$). A dose de beta-bloqueadores deve ser reduzida (MIRANDA; SIMÕES, 2017).

Para finalizar a discussão clínica, é relevante apresentar os principais diagnósticos diferenciais para IC, que circundam em torno do sintoma chave: a

dispneia. São eles: exacerbação de DPOC ou asma, tromboembolismo pulmonar, pneumonia, pneumotórax, dissecação de aorta, pericardite. Vale ressaltar que, apesar de serem raciocínios diferenciais, a presença de algum deles pode também levar à descompensação cardíaca em pacientes cardiopatas.

3.8 CASO CLÍNICO 8

- **Local e data da admissão:** 29 de junho de 2022, Hospital Municipal Padre Germano Lauck

- **Identificação:** M.C.G., 31 anos, feminino, branca, desacompanhada.

- **QP:** Ferimento por arma de fogo

- **HMA:** Paciente admitida no PS via SIATE, procedente do Complexo Hospitalar de São Miguel do Iguaçu, vítima de ferimentos por arma de fogo (FAF) em região cervical direita e supraclavicular esquerda, há cerca de 2 horas. Na admissão, sem colar cervical ou maca rígida, consciente e orientada. Refere lesões após agressão doméstica, com marido cometendo suicídio logo após.

- **HPP:** Nega comorbidades, MUC ou alergias.

- **Exame Físico:**

- A: vias aéreas pérvias, verbalizando.
- B: Eupneica, expansibilidade torácica preservada, MV+ bilateralmente, sem RA. SatO₂: 99% em AA.
- C: BCNF, RR em 2T. TEC<2s. Estável hemodinamicamente sem DVA.
- D: Glasgow 15, LOTE, pupilas isofotorreagentes.
- E:
 - Cabeça e pescoço: FAF com entrada e saída em zona cervical II, lateral, à direita. Sem hematoma associado.
 - Coluna: sem dor à palpação de coluna cervical, torácica ou lombossacra.
 - Tórax: FAF com entrada supraclavicular E, sem saída. Sem dor ou crepitação à palpação de arcos costais. Sem escoriações ou equimoses.
 - Abd/pelve: Plano, sem equimose, RHA+, sem dor à palpação. Pelve estável.

- Extremidades: Mobilidade preservada, sem dor à palpação muscular ou articular. Sem edema ou escoriações.

- **Diagnóstico:** Ferimento por arma de fogo em região cervical direita e em supraclavicular esquerda.

- **Conduta:**

- Solicitadas TC de pescoço e tórax, bem como avaliação da cirurgia geral.
- Solicitados laboratoriais (Hb e Ht).
- Prescrito: Cefalotina 1g IV 6/6h + sintomáticos.
- Profilaxia anti-tetânica não necessária (esquema completo, com última dose há menos de 5 anos).

- **Exames Complementares:**

- **TC pescoço (29/06):** Ferimento lateral ao esternocleidomastóideo direito, sem lesão de grandes vasos ou hematoma associados.
- **TC tórax (29/06):** Ferimento supraclavicular esquerdo, com trajetória até linha média, supra-esternal, logo acima do tronco braquiocefálico e a 6mm da traqueia.
- **Labs (29/06):** Hb: 12,8 // Ht: 39,2%.

- **Avaliação da Cirurgia Geral:** Sem indicação cirúrgica no momento. Conduta expectante.

- **Considerações sobre o caso:**

Situações de trauma são todas aquelas em que há “troca de energia entre o meio ambiente e o corpo, resultando em lesões que acometem os diferentes órgãos e sistemas”, geralmente ocorridas de maneira inesperada para o indivíduo (PARREIRA, 2017).

O **ATLS** (Advanced Trauma Life Support) aponta que há três períodos críticos em pacientes que sofrem traumas de grande impacto. O primeiro é aquele quando ocorreu o trauma; as principais causas dessas mortes se dão por apneia resultante de lesões graves no encéfalo ou em partes altas da medula espinhal, ou ainda por rupturas cardíacas ou de vasos importantes, como a aorta. O segundo momento vai dos minutos subsequentes até algumas horas, tendo várias etiologias para o falecimento: hematomas durais, ruptura de baço, laceração hepática, fraturas múltiplas que levam a hemorragias, entre outras. O último pico é o que vai de dias a semanas após o trauma, geralmente decorrente da internação prolongada, que propicia sepse com evolução à disfunção múltipla dos órgãos. Aqui podemos

perceber que a “golden hour” no trauma é fundamental para o prognóstico do paciente, mas não se constitui como a única medida que merece esforços.

Considerando que acompanhei este caso em ambiente intra hospitalar, para este relatório irei me concentrar nesta modalidade de atendimento.

Quando falamos do atendimento hospitalar, geralmente este se inicia com a ciência de que está para chegar um trauma importante. É ideal que o hospital de referência tenha conhecimento da situação, para que possa se organizar da maneira mais efetiva quando chegar o paciente. Todavia, vemos que isso nem sempre ocorre. Em São Miguel pude perceber que esse sistema é mais articulado, permitindo que o atendimento inicial seja muito mais rápido, direcionado e organizado.

Assim que o indivíduo vítima de trauma chega ao cenário de Emergência, o atendimento é iniciado sempre seguindo o famoso esquema ABCDE. A corresponde à via aérea e a proteção cervical; B: ventilação e respiração; C: circulação e controle da hemorragia; D: avaliação do estado neurológico e possíveis disfunções; E: exposição/controle do paciente, evitando hipotermia. Esta ordem deve ser seguida rigorosamente, pois está sequenciada de acordo com a importância.

Pormenorizada, o A (airway) visa avaliar e evitar a obstrução das vias aéreas, por meio da observação da presença de corpos estranhos, fraturas em regiões de cabeça/pescoço, ou até mesmo secreções. Aqui a região cervical deve ser estabilizada com o colar, para evitar lesão ou progressão do dano à coluna. Como não havia quaisquer sinais de alteração da perviedade das vias aéreas, não se fez necessária qualquer via de acesso alternativa.

O B (breathing) corresponde à necessidade de manter uma troca gasosa adequada ao paciente. O exame físico neste ponto deve abordar principalmente o pescoço e o tórax, por meio da inspeção, ausculta e percussão. As principais lesões que podem ser verificadas são hemo e pneumotórax, fraturas de arcos costais, lesão traqueal ou de estruturas respiratórias inferiores. O pneumotórax cursa com hipertimpanismo e redução dos MV no lado afetado; já o pneumotórax apresenta redução de MV e hipertimpanismo em lado afetado. Fraturas de arcos costais podem ser percebidas por meio da crepitação durante a palpação.

Em C (circulation) mecanismos relacionados à circulação são avaliadas. De maneira rápida, pode-se fazer a ausculta cardíaca de verificar o tempo de enchimento capilar e os pulsos. Um dado notável: a primeira causa de morte evitável

pós-traumática é a hemorragia. Devem ser buscados sinais de pneumotórax hipertensivo e de tamponamento cardíaco. Se houver sinais de choque, a ressuscitação volêmica deve ser rapidamente instituída, com 20mL/kg de solução cristalóide em bolus ou até mesmo com transfusão sanguínea, caso haja hemorragia evidente

D (disability) condiz com a procura por disfunções neurológicas. A Escala de Glasgow é a mais utilizada. Duas principais situações podem cursar com redução do nível de consciência no trauma: hipoperfusão cerebral e lesão encefálica.

Já o E (exposure) diz respeito à observação completa do indivíduo, completamente desnudo. A avaliação deve ser eficiente, porém rápida, evitando possível hipotermia.

A análise no esquema ABCDE não deve ser feita apenas no contato inicial, mas deve ser mantida durante todo o atendimento, a fim de verificar quaisquer alterações em evolução no paciente.

Enquanto essa avaliação ocorre, o paciente deve ser monitorizado com parâmetros de oximetria, pressão arterial, eletrocardiograma contínuo, frequência respiratória e temperatura. Podemos citar aqui o mnemônico “MOVE”, que envolve monitorização, oximetria de pulso, venóclise e examinar paciente.

Passado este primeiro momento, deve-se obter informações sobre a biomecânica do trauma, a fim de inferir possíveis lesões. M.C.G. foi vítima de um trauma penetrante por arma de fogo. Não tivemos informações sobre o tipo de calibre da arma, bem como da distância entre a paciente e o atirador.

Em lesões ocorridas em pescoço/coluna cervical, o colar cervical não deve ser removido até investigação local rigorosa, já que a ausência de alterações neurológicas não descartam lesões regionais.

Em situações de trauma torácico, como é o caso de M.C.G., o exame físico inclui inspeção, palpação em busca de lesões em clavículas, costelas e esterno, ausculta pulmonar e cardíaca, bem como percussão. Na descrição do exame físico realizada pelo plantonista, este descreve ausência de hematomas em tórax; a literatura indica que isso pode reduzir (mas não extinguir) as chances de haver lesões ocultas.

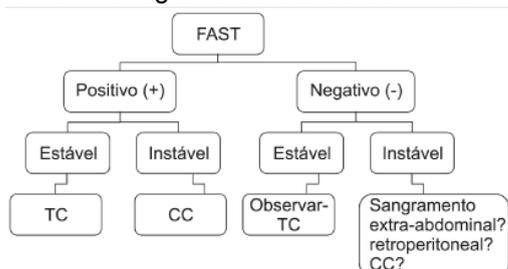
Tratando especificamente de trauma penetrante em região cervical, temos como principais lesões as vasculares, visto a presença de vasos nobres nesta região. O rompimento de algum desses vasos pode levar à hemorragia e a um

hematoma importante, obstruindo a via aérea. Vemos então que a descrição da tomografia direcionou justamente para isso “sem lesão de grandes vasos ou hematoma associado”. Pela manutenção da estabilidade hemodinâmica e da pervidade das vias aéreas da paciente, mesmo horas após o trauma, poderíamos supor que não houve lesão direta a essas estruturas. Talvez até por este motivo retiraram o colar cervical. Porém não era possível a exclusão de possíveis lesões em estruturas adjacentes, bem como a distância entre o ferimento e as estruturas nobres relacionadas. Tudo isso tornou imperativa a realização de exames de imagem e a observação rigorosa da paciente.

Quando discutimos trauma torácico, há três principais complicações fisiológicas: acidose, hipercarbia e hipóxia, sendo esta última a mais significativa, podendo levar ao óbito rapidamente. Os achados em tórax, após FAF, podem cursar com lesões em árvore traqueobrônquica, pulmões (contusão, hemo e pneumotórax, laceração) coração (tamponamento, choque) e vasos torácicos (hemorragias), esôfago, diafragma, medula espinhal, vértebras torácicas. A contusão pulmonar é a lesão mais comum por FAF em tórax.

Por haver lesões que não se manifestam inicialmente, na admissão deve ser feito exame de imagem das regiões afetadas. Idealmente, nas salas de emergência estaria disponível um equipamento de ultrassonografia, para que pudesse ser realizado o eFAST (Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma). A conduta adotada dependeria do resultado do exame (Figura 16). Um FAST positivo condiz com a presença de líquido livre em cavidades, ou no caso do tórax, pneumotórax ou ruptura diafragmática. A TC configura-se como padrão-ouro para análise de ferimentos internos em pacientes estáveis.

Figura 16 - Fluxograma de acordo com FAST



Fonte: Flato et al, 2010.

Um dado me deixou bem surpresa: 70 a 85% dos traumas penetrantes em tórax não necessitam de intervenção cirúrgica. Se me perguntassem, eu poderia

jurar que era o contrário. Três são as situações que requerem cirurgia de emergência: tamponamento cardíaco, hemorragia ou saída de ar mesmo com dreno torácico. Se o paciente não está instável, não há lesão de estruturas nobres e o projétil se alojou em um local que não compromete a funcionalidade do organismo, a conduta é expectante (WINKLE; LEGOME, 2020).

Em situações em que há transfixação do projétil, como a que ocorreu na região cervical, é indicada a lavagem por ação mecânica e antissepsia do local. O orifício não deve ser suturado. É indicada a antibioticoprofilaxia devido à sujidade da bala. No caso da paciente, tanto os orifícios cervicais, quanto o torácico, não foram fechados. Houve a prescrição de antibiótico para prevenir infecções relacionadas às sujidades relacionadas à bala. Mais uma vez, a profilaxia antitetânica deve ser prescrita.

- **Considerações:** Ao escrever a HMA fiquei em dúvida sobre colocar a informação da paciente ser vítima de violência doméstica e que seu marido cometeu suicídio logo após. Será que pareceria fofoca em prontuário? Era uma situação de trauma, atendimento pontual. Teoricamente.

Na faculdade nos ensinam que a medicina é baseada em uma visão holística, na qual todas as esferas importam. Me questionei: como ficará o psicológico desta paciente no internamento e após a alta? Como ela voltará para o ambiente da violência, ainda que sem o agressor? Claramente não tive e não tenho respostas. Porém, vale a reflexão: é nosso dever fornecer suporte psicológico no intra hospitalar, bem como encaminhar essa paciente para um acompanhamento psicossocial após sua alta.

Como desfecho, a paciente permaneceu internada por 5 dias, com suporte psíquico. Evoluiu com melhora da rouquidão e disfagia, recebendo alta com encaminhamento para acompanhamento médico e psicológico.

3.9 CASO CLÍNICO 9

- **Local e data da admissão:** 29 de junho de 2022, Hospital Municipal de Foz do Iguaçu

- **Identificação:** N.M.M., 83 anos, feminino, branca, desacompanhada.

- **QP:** Falta de ar

- **HMA:** Paciente admitida no PS, via SAMU avançado, transferida da UPA João Samek. De acordo com prontuário da UPA, no dia 24/06 pcte buscou atendimento por queixa de dispneia, inapetência e confusão mental, sendo diagnosticada pneumonia. Recebeu alta após 2 dias com ATB (Levofloxacino) domiciliar. Filha relata que após a alta, a mãe apresentou piora da dispneia, associada a esforço respiratório, confusão mental, inapetência e constipação. Dia 27/06 buscou novamente atendimento na UPA. Evoluiu no internamento com insuficiência respiratória, necessitando intubação orotraqueal. Transferida ao HMPGL 29/06.

- **HPP:** HAS, Arritmia (?), Parkinson.

- **MUC:** Losartana, Atenolol, Amiodarona, Xarelto, Levodopa e Biperidona.

- **Exame Físico:**

- Na admissão:
 - MEG, hipocorada ++/4+, desidratada ++/4+, acianótica, afebril.
 - Neuro: Sedada RASS -5, pupilas anisocóricas não fotorreagentes.
 - Ap Cardio: BC hipofonéticas, arrítmicas, em 2T sem sopros audíveis, pulsos radiais e pediais presentes, porém finos. TEC<5s. Estabilizada hemodinamicamente com DVA. Nora 15mL/h, Dobuta 30mL/h. PA: 131/51 mmHg, FC: 58 bpm.
 - Ap Resp: Expansibilidade preservada, MV+, com creptos em bases bilaterais. IOT VCV, PEEP 8, FiO2: 80%, Vol: 380, FR: 19 // Rel P/F: 100,37.
 - Abd: distendido, RHA+, timpânico à percussão, sem sinais de peritonismo ou VMG.
 - Geniturinário: SVD com baixo débito.
 - Extremidades: Edema em MID, panturrilhas livres.
- Dispositivos: SVD, SNE, CVC em subclávia esquerda, tubo orotraqual.

- **Exames Complementares:**

- 28/06: Duas amostras de hemoculturas negativas.
- Labs admissão: pH: 7,43 // pCO2: 30,3 // pO2: 80,3 // Lactato: 18,2 // K: 4 // Na: 141 // BT: 1,33 - BI: 0,7 // Hb: 11,5 // Ht: 35,5 // Leuco: 16.300 sem desvio // Plaq: 285.000 // TGO: 62 // TGP: 68 // PCR: 23,1.
- RX tórax admissão: Infiltrado bilateral.
- Antígeno COVID (29/06): Negativo
- SOFA: 11

- **Dx Sindrômico:** Choque séptico (secundário à pneumonia).

- **Conduta:**

- Na admissão:
 - Solicitado TC tórax e crânio (AVC?)
 - ATB: cefepime + azitromicina
 - Hidratação com RL + sintomáticos + profilaxia gástrica
 - Solicitados labs
 - Suspensa dobutamina
 - Solicitada vaga UTI
 - Solicitada presença dos familiares para esclarecimento do caso

- **Desfecho do caso:**

- **Laudo TC crânio (29/06):** Infarto lacunar antigo na cápsula interna direita. Pequenos focos de hipodensidade periventricular, junto a porção anterior dos ventrículos laterais, sugerindo microangiopatia. Sem sinais de evento isquêmico recente agudo constituído ou hiperdensidade espontânea sugerindo hemorragia. Ateromatose calcificada nas carótidas internas, porção cavernosa.
- **Laudo TC tórax (29/06):** Moderado derrame pleural bilateral. Atelectasia quase completa dos lobos inferiores, com pequena quantidade de consolidação no parênquima pulmonar e atelectasias subsegmentares nos lobos superiores. Focos de densidade em vidro fosco de permeio a espessamento dos septos interlobulares nos lobos superiores e lobo médio, sugerindo doença intersticial (viral?). Presença de formação arredondada na região cardíaca esquerda (4,9x2,2cm), de etiologia indeterminada. Espessamento do saco pericárdico. Aorta torácica com placas de ateromatose calcificadas esparsas. Tronco da artéria pulmonar dilatado, com 3m inferindo certo grau de hipertensão pulmonar.
- Paciente transferida à UTI, em altos parâmetros ventilatórios e com aumento de DVA.
- Aguardando resultado SRAG.

- **Considerações sobre o caso:** Aqui temos um caso com a patologia mais prevalente de todo o Módulo de U/E, independente do campo de estágio: Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). A epidemiologia mostra que, dentre as doenças infecciosas, a pneumonia é a que mais leva indivíduos ao óbito, seja pela

patologia em si ou por suas complicações. Na prática pudemos ver isso, pois foram inúmeros internamentos por PAC.

A PAC pode ser definida como uma infecção aguda do parênquima pulmonar, e acúmulo de exsudato inflamatório principalmente nos alvéolos, tendo como etiologia patógenos comunitários. A pneumonia nosocomial está relacionada com as infecções relacionadas à assistência à saúde ou com infecções do parênquima correlacionadas com a ventilação mecânica. Para este relatório, irei me concentrar somente em PAC, por mais que a pneumonia nosocomial seja um tema de extrema relevância em termos de saúde pública.

A PAC tem como principais agentes etiológicos o pneumococo (*Streptococcus pneumoniae*) e os vírus, como rinovírus e *Influenza virus* (HAMMER; MCPHEE, 2016). Em nosso atual cenário, não podemos deixar de citar o coronavírus, que esteve em primeiro lugar entre a etiologia dos casos de pneumonia, tendo como complicações as infecções bacterianas associadas. No HMPGL parece estar sendo bem comum infecções com o vírus sincicial respiratório, visto que, de acordo com os médicos, em todos os pacientes que dão entrada no serviço por quadro respiratório é feita a coleta para análise do antígeno coronavírus e o vírus sincicial respiratório.

Diversos outros patógenos podem ser agentes causas de PAC, como *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Pseudomonas aeruginosa* (muito comum em indivíduos com DPOC). Bactérias atípicas também podem estar presentes, como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae*, *Legionella* spp. A apresentação clínica costuma ser inespecífica, sendo que o patógeno não pode ser definido somente pelos sinais e sintomas (HAMMER; MCPHEE, 2016).

Lembro aqui que no Programa Nacional de Imunizações, o calendário vacinal inclui para as crianças a Hib, vacina que protege contra o *Haemophilus influenzae* tipo b. Ademais, em outros cenários, há também as vacinas VPP23, VPC10 e VPC13 que protegem contra a doença pneumocócica. (MACHADO, 2018/19).

Os patógenos citados atingem as vias aéreas inferiores por vários mecanismos, entre eles a inalação direta de gotículas contaminadas, contaminação do trato respiratório superior para o inferior, aspiração de conteúdo orofaríngeo ou ainda disseminação hematogênica. Ainda que o epitélio do trato respiratório tenha mecanismos próprios de defesa, como os cílios e o muco protetor com capacidade antimicrobiana como IgA, os patógenos possuem métodos para ultrapassar essas barreiras (HAMMER; MCPHEE, 2016).

O modo como os antígenos causam as infecções me deixa curiosa. Por exemplo, o vírus da gripe tem a capacidade de reduzir a velocidade do muco traqueal. *S. pneumoniae* consegue inibir a fagocitose por células de defesa e também podem produzir enzimas que inibem a ação da IgA. Interessantíssimo (FILE, 2020).

Considerando estes mecanismos de ação, vale citar os fatores de risco do hospedeiro que “facilitam” a ação destes patógenos. São eles: idade, imunossupressão, uso de álcool e/ou tabaco, comorbidades como a DPOC, asma, DM, HAS (VELASCO, 20019).

O quadro clínico dos indivíduos com PAC inclui febre, tosse com expectoração, mialgia e infiltrado em RX de tórax. A doença pode cursar ainda com faringite, diarreia, dor torácica. Nem sempre todos estes estão presentes, o que não exclui o diagnóstico. No exame físico, pode-se encontrar murmúrios vesiculares reduzidos, crepitações, taquicardia e taquidispneia. Em idosos o quadro pode ser um pouco divergente do comum, pois pode cursar com confusão mental, rebaixamento do nível de consciência e estar ausente febre e tosse.

O diagnóstico da PAC pode ser feito quando o quadro clínico for compatível e houver infiltrado em RX-tórax. Em ambiente hospitalar, os exames laboratoriais de escolha são o hemograma, função renal, eletrólitos, glicemia, PCR. Se houver desconforto respiratório, solicitar gasometria arterial. Em idosos, o hemograma pode cursar sem alterações leucocitárias.

Uma dúvida que eu tinha: por que a pneumonia cursa com infiltrado pulmonar no RX? Resposta: líquido ou exsudato inflamatório ocupam os espaços aéreos ou intersticiais, de modo que, por ter maior densidade, aparecem na cor branca, contrastando com o resto do tecido pulmonar repleto de ar, que fica preto no RX (HERRING, 2016).

Feito o diagnóstico do paciente, entramos no dilema: internar ou não internar para tratar? Uma ferramenta que utilizamos muito nos campos de estágio, que auxiliou na conduta, foi o escore CURB-65. Esta ferramenta conta 1 ponto para a presença de cada um dos seguintes fatores: confusão mental, ureia > 43 mg/dL, FR > 30 iprm, PAS < 90 mmHg ou PAD < 60mmHg, idade maior ou igual a 65 anos. Caso a pontuação seja 0 a 1, tratamento ambulatorial; 2 pontos, ponderar internação ou realizar tratamento ambulatorial com acompanhamento rígido; se 3 a 5 pontos, internar o paciente. Outro fator que pode ser indício de internação, ainda que não

esteja no CURB-65, é uma saturação menor do que 92% em ar ambiente (VELASCO, 2019).

Outra ferramenta que pode auxiliar no manejo é o PSI/PORT (Pneumonia Severity Index) (Figura 17). Pacientes sem pontos (PORT I) ou com menos de 71 pontos (PORT II), podem ser acompanhados ambulatorialmente. Todavia, se PORT maior ou igual a 3, a internação deve ser feita.

Figura 17 - PSI

Fatores demográficos	Escore	Achados laboratoriais e radiológicos	Escore
Idade, anos		pH < 7,35	+30
Homens	n	Ureia > 65 mg/l	+20
Mulheres	n - 10	Sódio < 130 mEq/l	+20
Procedência de asilos	+10	Glicose > 250 mg/l	+10
		Hematócrito < 30%	+10
		PO ₂ < 60 mmHg	+10
		Derrame pleural	+10
Comorbidades		Exame físico	
Neoplasia	+30	Alteração do estado mental	+20
Doença hepática	+20	FR > 30 ciclos/min	+20
ICC	+10	PAS < 90 mmHg	+20
Doença cerebrovascular	+10	Temperatura < 35° ou > 40° C	+15
Doença renal	+10	FC ≥ 125 bpm	+10

n= n° anos

Fonte: Corrêa, 2018.

Quanto ao tratamento, em pacientes ambulatoriais os antibióticos de escolha são os β -lactâmicos **ou** Macrolídeos: Amoxicilina 500mg (VO, 8/8h, 5 a 7 dias) **ou** Azitromicina 500 mg (VO, 24/24h, 3 a 5 dias) **ou** Claritromicina 500mg (VO, 12/12h, 7 dias). Se houver fatores de risco, pode-se associar Amoxicilina + Clavulanato 875mg + 125mg (VO, 12/12h, 7 dias), com um dos macrolídeos citados acima. Importante: o uso de fluoroquinolonas, como o Levofloxacino, não são indicados, pois possuem correlação estreita com efeitos colaterais importantes, que podem levar o indivíduo a descontinuar o tratamento, com possível indução a resistência bacteriana (CORRÊA, 2018). Lendo isso, lembrei de um caso em que ocorreu justamente isso. Foi prescrito Levofloxacino para uma paciente com PAC e ela retornou após 3 dias com piora importante dos sintomas. Relatou que não fez uso do ATB, pois apresentou vários episódios de vômito e diarreia após o primeiro dia de tratamento.

Já em pacientes hospitalizados, a escolha é a associação de β -lactâmicos com macrolídeos, ou monoterapia com fluoroquinolona. O esquema que mais vi sendo utilizado na prática foi: Ceftriaxona 1g EV 12/12h associado a Azitromicina

500mg EV 24/24h. Se julgar que esses fármacos não são oportunos para o caso, pode-se associar β -lactâmicos antipseudomonas (como cefepime, meropenem, piperacilina-tazobactam) com uma fluoroquinolona. Para esta paciente, houve associação de cefepime com azitromicina.

Como vimos, nossa paciente, apesar do tratamento instituído, acabou evoluindo com sepse.

Sepse não é uma doença em si, mas sim uma síndrome caracterizada por desregulação homeostática, secundária a uma resposta inflamatória desajustada do organismo com a presença de disfunção orgânica. O principal foco de infecção que leva à sepse é o trato respiratório, seguido pelo trato geniturinário. Na prática vemos muito isso.

Geralmente associamos a sepse a infecções bacterianas, todavia, os vírus são patógenos também presentes no quadro etiológico. A pandemia da SARS-CoV 2 nos mostrou muito bem isso.

A sepse inicia-se com uma resposta inata do organismo aos antígenos presentes nos tecidos. O processo de fagocitose dos invasores leva a liberação de citocinas pró-inflamatórias locais. Porém, pode acontecer de os mediadores inflamatórios não ficarem restritos ao local de infecção primária e exceder para outros sítios essa resposta. Essa resposta generalizada leva à morte células de tecidos não relacionados ao foco infeccioso. Como consequência, pode haver alterações hemodinâmicas, vasodilatação, má perfusão tecidual, resultando em disfunção orgânica e choque.

Os principais sinais clínicos da sepse são a taquicardia e taquipneia, febre e leucocitose. Lendo isso, penso que facilmente isso pode ser facilmente confundido com os achados no diagnóstico de pneumonia, de modo que pode ser difícil perceber os primeiros indícios de sepse, percebendo-os apenas quando já estiver havendo evolução para o choque séptico, que é o que aconteceu com nossa paciente.

Há dois escores que podem ser utilizados para auxiliar no rastreio de disfunções orgânicas. O primeiro é o qSOFA (Figura 18), que pode ser feito de maneira rápida na emergência. Pontuação maior ou igual a 2 já pode indicar disfunções, sendo necessária investigação.

Figura 18 - qSOFA

Critérios do qSOFA: No mínimo dois ou três dos sinais abaixo:
FR \geq 22 irpm.
Rebaixamento do nível de consciência, agitação, delirium.
PAS \leq 100 mmHg.

Fonte: Fernandes; Faria, 2019.

Outro escore que pode ser utilizado é o SOFA (Figura 19). Esse escore pode rastrear e acompanhar disfunções orgânicas, devendo ser realizado e acompanhado ao longo de toda internação, a fim de verificar melhora ou piora no funcionamento dos órgãos vitais. N.M.M. contabilizava 11 pontos no SOFA.

Figura 19 - SOFA

	0	1	2	3	4
Pa O ₂ /FiO ₂	≥ 400	300 a 399	200 a 299	100 a 199	< 100
Plaquetas($\times 10^3 \mu\text{L}$)	≥ 150	100 a 149	50 a 99	20 a 49	< 20
Bilirrubinas(mg/dL)	$< 1,2$	1,2 a 1,9	2 a 5,9	6 a 11,9	≥ 12
Pressão	PAM \geq 70mmHg	PAM $<$ 70mmHg	Dopa ¹ \leq 5 ou uso dobutamina	Dopa ¹ 5,1 a 15 ou nora ² \leq 0,1	Dopa ¹ $>$ 15 ou nora ² $>$ 0,1
Glasgow	15	13 ou 14	10 a 12	6 a 9	< 6
Creatinina (mg/dL) e/ou diurese (mL/dia)	Cr $<$ 1,2	Cr 1,2 a 1,9	Cr 2 a 3,4	Cr 3,5 a 4,9 ou diurese $<$ 500	Cr \geq 5 ou diurese $<$ 200

1- Dopa = dopamine em mcg/Kg/min; 2- Nora = noradrenalina em mcg/Kg/min

Fonte: Zoppi, 2017.

Havendo disfunção orgânica considerável, com o colapso de funcionamento celular, há evolução para o choque séptico. Este é definido como a necessidade do uso de vasopressores para manter uma pressão arterial média superior à 65 mmHg, com medidas de ressuscitação volêmica ineficazes, e um aumento do lactato sérico $> 18\text{mg/dL}$.

Como manejar esses casos? Reconhecida a sepse, proceder com a coleta de exames laboratoriais para estadiamento da patologia: hemograma, lactato, 2 hemoculturas, função renal, eletrólitos, PCR, TAP, KPTT, parcial de urina. Se condizente com o caso, RX-tórax ou TC tórax. As hemoculturas devem ser colhidas antes da introdução da antibioticoterapia. Os ATB devem ser prescritos já na primeira hora, devendo ter o espectro mais ampliado possível dentro dos patógenos

mais comuns para o sítio infectado - o objetivo é ir desescalando o ATB assim que houver maior esclarecimento do quadro.

De início pode-se tentar expansão volêmica com cristaloides, com 30mL/kg. Se não houver resposta, introduzir vasopressores, tendo como primeira escolha a noradrenalina (0,01 a 3 mcg/kg/min). Terapia inotrópica pode ser instituída se houver sinais de alteração miocárdica ou enchimento capilar insuficiente apesar de pressão arterial média acima de 65 mmHg; a droga de escolha é a dobutamina (2,5 a 15 mcg/kg/min). Nossa paciente, em choque, no início do plantão estava em uso de Noradrenalina 15mL/h e Dobutamina 30mL/h, sendo esta última suspensa para nova avaliação.

Para finalizar, entro em diagnósticos diferenciais. Vou me ater aos diferenciais de pneumonia. Por ser extremamente prevalente, acabamos (eu me incluo) colocando todas as síndromes respiratórias exacerbadas dentro do pacote da pneumonia. Mas o objetivo do relatório é exatamente esse, nos debruçar sobre casos clínicos que acompanhamos e estudar mais a fundo as doenças. Os diagnósticos diferenciais para pneumonia são múltiplos, de modo que citei alguns na quadro 9, mas nada impede que ambos ocorram concomitantemente.

Quadro 9 - Diagnósticos diferenciais de PAC

Doenças infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> ● Exacerbações agudas de DPOC ● Infecções virais respiratórias ● Bronquite aguda ● Exacerbações de asma
Doenças não infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> ● ICC com edema pulmonar ● Embolia pulmonar ● Hemorragia pulmonar ● Atelectasia ● Aspiração ou pneumonite química ● Reações a drogas ● Vasculites ● Exacerbação aguda de bronquiectasias ● Doenças pulmonares intersticiais

Fonte: Adaptado de Ramirez, 2022.

3.10 CASO CLÍNICO 10

- **Local e data da admissão:** 04 de julho de 2022, HMPGL
- **Identificação:** M.L.G., 44 anos, feminina, parda.
- **QP:** Desmaio

- **HMA:** Paciente busca de maneira espontânea PS, trazida por familiares, por queixa de mal estar geral, tonturas e síncope no domicílio. Refere que há 7 dias apresenta dor em queimação no epigástrio, com irradiação para hipocôndrio esquerdo e mesogástrio. Há 3 dias da admissão iniciou quadro de dejeções escurecidas com odor fétido (melena?), hematêmese em pequena quantidade, astenia, cefaleia, tonturas, síncope, com piora importante na data em que buscou atendimento médico. Nega quadro similiar prévio.

- **HPP:** Nega comorbidades, bem como MUC ou alergias.

- **Exame Físico:**

- REG, hipocorada +++/4+, desidratada ++/4+, afebril, anictérica, acianótica.
- Neuro: Glasgow 15, LOTE, comunicativa e colaborativa. Sem déficits focais.
- Ap Resp: Expansibilidade preservada, MV+, sem RA. SatO₂: 98% em AA, FR: 27.
- Ap Cardio: BC hipofonéticas, RR em 2T, sem sopros. TEC<4s. Taquicárdica (FC: 118), PA: 100/52.
- Abd: plano, RHA+, flácido, indolor à palpação, sem sinais de VMG ou irritação peritoneal.
- Extremidades: mobilidade preservada, sem edemas, panturrilhas livres.

- **Exames Complementares:**

- Labs admissão: Hemác: 1,19 // Hb: 3,6 // Ht: 11,9 // VCM: 100 // HGB: 30,23 // Policromatofilia + e 5 eritroblastos em 100 leucócitos // Leuco: 5032 sem desvios // Plaq: 235.000 // Ur: 38 // Na: 138 // PCR <0,5 // K: 3,7 // GGT: 21 // BT: 0,28 // Urina 1 sem alterações // KPTT: solicitado porém sem liberação // Gaso arterial: pH 7,44 - pCO₂: 38,5 - pO₂: 111,6 - HCO₃: 23 - Lactato: 10,2,

- **Dx Sindrômico:** Hemorragia Digestiva Alta (HDA)

- **Conduta:**

- Solicitados exames de laboratoriais
- Prescrito: Dipirona IV 6/6h, SF 0,9% IV 250mL 6/6h, Omeprazol 40 mg IV 12/12h, Metoclopramida IV 8/8h.
- Solicitados 3 bolsas de CH
- Solicitada EDA
- Solicitada vaga de UCI
- Suporte clínica

- **Desfecho do caso:**

- Transfundidos 3 CH
- Laudo EDA (06/07): Estômago: antro apresentando áreas de enantema com hiperemia e edema adjacentes. Presença de lesão ulcerada de aprox. 1cm; SAKITA A2 no corpo gástrico (biopsiada). Biópsia: urease POSITIVO
- Instituído tratamento para *H. pylori*: Amoxicilina 1g + claritromicina 500 mg + Omeprazol 20 mg -> todos 12/12h por 14 dias.
- Alta com encaminhamento para ambulatório de gastrologia.

- **Considerações sobre o caso:** A hemorragia digestiva alta (HDA) foi um tópico frequente em nossa prática clínica, tanto como queixa principal, como também em “rastreamento secundário”, ou seja: mesmo tendo buscado o serviço por outros sintomas, ao questionar o hábito intestinal, citavam que o comum de suas fezes eram ser escurecidas e com “cheiro de ferro”, como várias vezes ouvi.

A HDA apresenta um quadro clínico que cursa com hematêmese, melena e enterorragia. A hematêmese pode ser definida como vômitos com a presença de sangue vivo, em grande quantidade, característico de sangramentos no trato digestivo alto. A melena constitui em fezes escuras, com odor fétido, que geralmente é consequência de sangramento digestivo alto, mas pode também estar presente em partes superiores da porção digestiva baixa. Já a enterorragia (eliminação de sangue vivo nas fezes) costuma ser mais frequente em hemorragias do trato baixo, porém em algumas ocasiões participam do quadro clínico da HDA. A distinção entre hemorragia digestiva alta ou baixa se dá pela divisão anatômica do ligamento de Treitz (presente na junção entre duodeno e jejuno) (MARTINS, 2016).

As causas mais comuns relacionadas à HDA são: úlcera péptica, lesão da mucosa gastrointestinal, varizes de esôfago e síndrome de Mallory-Weiss e neoplasias. A principal divisão se dá por HDA varicosa e não varicosa. A não varicosa é a mais comum e está relacionada principalmente com úlceras pépticas (Quadro 10).

Quadro 10 - Causas de HDA por ordem de frequência

Causas da HDA
1. Úlcera duodenal
2. Erosões gástrica
3. Úlcera gástrica
4. Varizes gastroesofágicas
5. Síndrome de Mallory-Weiss
6. Esofagite
7. Duodenite erosiva
8. Neoplasia
9. Úlcera de estomia
10. Úlcera de esôfago
11. Outras

Fonte: Adaptado de Martins, 2016.

A histórica clínica é uma das peças chaves no direcionamento do diagnóstico. Durante a anamnese deve ser explorada a presença anterior de sangramentos semelhantes, se já há uma endoscopia prévia com achados de úlceras ou presença de *H. pylori*, o uso de substâncias como álcool e tabaco (já que podem predispor a neoplasias ou cirrose), o uso frequente de antiinflamatórios não esteroidais também deve ser questionado, visto que pode resultar em lesão gástrica. Nossa paciente não se encaixava em nenhum desses parâmetros, mas a principal hipótese ficou em lesão gástrica, pois os sintomas iniciaram com dor em queimação no estômago, com presença de refluxo, ainda que o sangramento em grande quantidade, de maneira aguda, deixasse esta hipótese um pouco duvidosa. Após endoscopia e biópsia, verificou-se que a hipótese diagnóstica proposta estava correta.

A primeira conduta, após a realização do ABCDE, é a coleta da história clínica com história e exame físico minuciosos. Devem ser solicitados exames laboratoriais, como o hemograma -para avaliar a gravidade do sangramento-, provas de coagulação e hepáticas, bem como eletrólitos. Lembro bem de uma aula de hematologia em que comentou-se que sempre que houver anemia micro-hipo em pacientes, principalmente mulheres, a primeira causa em que se deve pensar é sangramento. No caso dessa paciente, a hemorragia era evidente, porém o estudo

da série vermelha, apesar de demonstrar uma anemia intensa, com Hb: 3,6 e Ht: 11,9, o volume corpuscular médio (100fL) não apontava microcitose. Isso costuma ser resultado de uma hemorragia aguda, como é o caso.

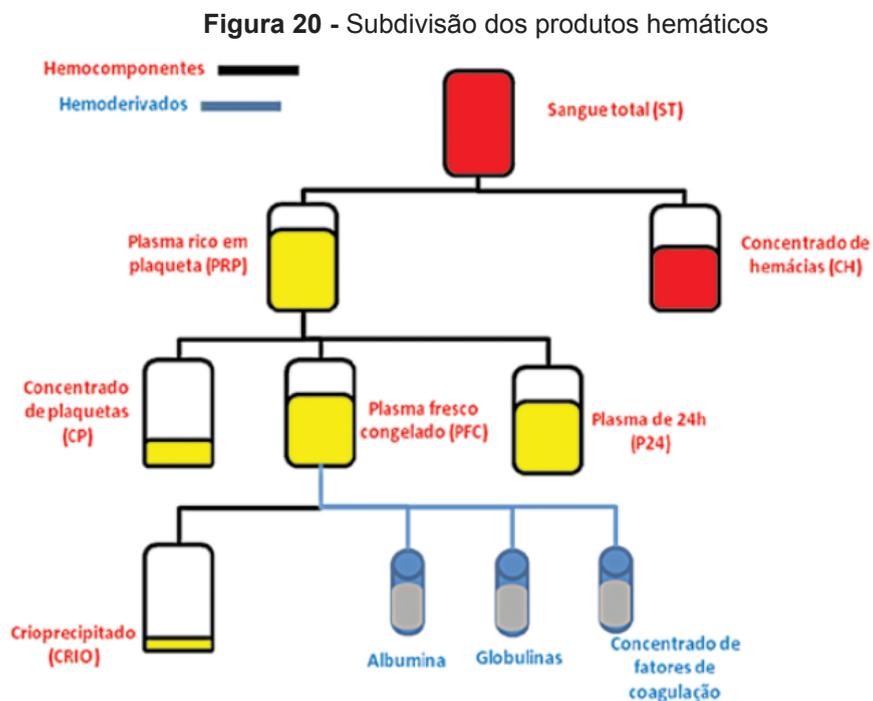
A reposição de fluídos nessa paciente é fundamental, para evitar o agravamento da instabilidade hemodinâmica com consequente choque hipovolêmico. Os fluídos de escolha são os cristalóides (SF ou RL), porém com cautela, já que volumes maiores do que 3 litros nas primeiras 6 horas podem aumentar o sangramento. A transfusão sanguínea é indicada quando o nível de hemoglobina estiver abaixo de 7g/dL. Entretanto, no caso de hemorragias agudas, o hematócrito pode levar até duas horas para se alterar, de modo que alguns parâmetros clínicos podem ser avaliados para direcionar a decisão de transfundir. São eles: taquicardia, hipotensão, taquipneia, oligúria, redução do tempo de enchimento capilar e alteração do nível de consciência. Apesar de nossa paciente já ter feito um exame laboratorial que indicou Hb 3,6g/dL, indicando necessidade de transfusão imediata, 4 dos 6 sinais citados acima também estavam presentes. Se houver plaquetopenia intensa, com alteração dos valores de coagulação, a transfusão de plaquetas pode começar a ser considerada (BRASIL, 2015).

As perguntas que me fiz são: por que o valor de corte 7g/dL de hemoglobina? Resposta: abaixo deste valor, o organismo começa a sofrer com hipóxia tecidual e consequente falha das funções vitais. Após a transfusão dos 3 concentrados de hemácias (CH) propostos, qual melhora esperar? Resposta: cada CH eleva em 1g/dL o Hb e em 3% o Ht. A quantidade de CH a ser transfundida deve ser dosada para que a Hb atinja valores mínimos de perfusão tecidual, o ideal é Hb entre 7 e 9.

Algo que achei bem interessante, foi a divisão dos produtos feitos após a doação de sangue, havendo vários subprodutos derivados (Figura 20).

Após as medidas iniciais de ressuscitação volêmica, a prescrição de inibidores de bomba de prótons deve ser considerada, pensando na hipótese de úlcera péptica. O fármaco de escolha é o esomeprazol, dose de ataque 80 mg IV seguido de 40 mg 12/12h. Outra escolha, que é a que há no serviço, é o omeprazol, na mesma dose inicial, porém com 40mg 24/24h. Dado este primeiro manejo, é essencial buscar o que está levando àquela hemorragia intensa. Para isso, é realizada a endoscopia, diferenciando o sangramento de origem varicosa do não varicoso. Geralmente, durante a própria endoscopia já pode ser realizada a terapêutica, estancando e controlando o sangramento (VELASCO, 2019). Há

literaturas que indicam que a paciente deve ser mantida em jejum até a realização deste exame.



Fonte: Brasil, 2015.

O principal diagnóstico diferencial com HDA é a hemorragia digestiva baixa (HDB), que ocorre em locais abaixo do ligamento de Treitz. Em 90% dos casos em que ocorre este sangramento, o cólon e o reto são os principais pontos de origem. Os sinais geralmente estão relacionados com o sangramento vivo nas fezes, podendo ser em pequena quantidade (hematoquezia) ou volumosa (enterorragia). A etiologia, assim como em diversas outras patologias, está relacionada com a faixa etária. Entre os jovens/adultos, a doença hemorroidária e a inflamatória intestinal estão entre as mais frequentes. Entre os idosos, pode-se citar a doença diverticular, angiodisplasia e neoplasias (MARTINS, 2016).

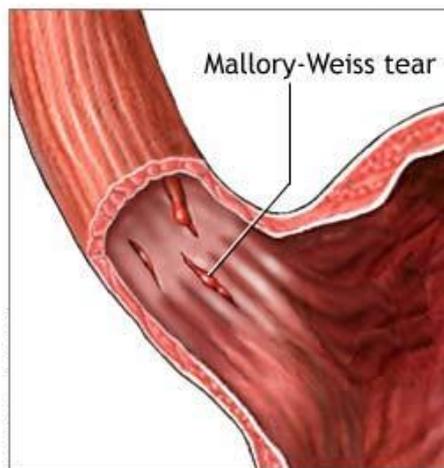
A literatura traz que as hemorragias digestivas são causas frequentes de procura por atendimento médico. Mesmo ainda não estando formada, e tendo pouco tempo de experiência clínica, posso concordar plenamente com este dado. Mesmo quando estávamos na Atenção Básica, durante 5 meses, era muito frequente a busca por consulta com queixa de fezes escuras e fétidas. Às vezes, em exames de rotina, percebia uma anemia micro-hipo e questionava a presença de alteração nas fezes, e, em algumas ocasiões, o indivíduo confirmava alguma mudança no padrão.

O paciente não tem a obrigação de saber, mas o profissional tem a obrigação de perguntar. Na prática hospitalar também é bem corriqueira a internação por esta causa.

Ainda no Pré-Internato acompanhei o caso de uma senhora que foi internada com enterorragia severa. Não lembro os parâmetros laboratoriais, mas lembro que estava extremamente pálida e, mesmo com várias transfusões sanguíneas, fez choque hipovolêmico.

Em outra ocasião, uma senhora de 80 anos foi internada por hematêmese. A familiar comentou que há vários dias a paciente apresentava vômito e diarreia. Pudemos acompanhar a endoscopia. O diagnóstico? Síndrome de Mallory-Weiss. Na tela era bem visível as lacerações no esôfago, da mesma maneira em que é proposta em livros (Figura 21). Ali mesmo a terapêutica já foi instituída, com a injeção de pequenas quantidades de adrenalina e cauterizações pontuais.

Figura 21 - Síndrome de Mallory-Weiss



Fonte: Luciano, s.d.

4. PROCEDIMENTOS INVASIVOS REALIZADOS

De acordo com o Parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 35/2016, os “Procedimentos invasivos são aqueles que provocam o rompimento de barreiras naturais ou penetram em cavidades do organismo, abrindo uma porta ou acesso para o meio interno (...), sendo um ato invasivo, é um ato privativo do médico(..)”. (CFM, 2016)

Ademais, a Lei 12.842/13 decreta que as atividades de realização exclusiva do médico incluem indicação e execução de procedimentos invasivos, intubação

traqueal, indução de sedação profunda, bloqueios anestésicos. Como exceção, pode-se citar o desbridamento de feridas nem necessidade cirúrgica, procedimentos por meio de orifícios naturais sem comprometimento de estrutura - como aspiração nasofaríngea ou orotraqueal-, que podem ser realizados por outros profissionais da área da saúde (BRASIL, 2013d)

Durante o Internato de Urgência e Emergência, o discente tem a oportunidade de ter contato com a teoria e com a prática da realização dos procedimentos invasivos de atribuição médica, considerando que, ao se formar, o aluno deve ser apto a praticar e se responsabilizar por tais procedimentos. Dessa forma, seguem abaixo os procedimentos realizados durante o período correspondente ao módulo.

4.1 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- **O que é?** A higienização das mãos é considerada uma etapa fundamental na realização de qualquer procedimento, pelos mais variados profissionais de saúde, visto que mãos constituem “ (...) a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes” (MASSAIA et al, 2012). Para entender o papel da lavagem de mãos no cuidado à saúde, é essencial conhecer os conceitos de microbiotas transitórias e residentes na pele humana. Como microbiota transitória, entende-se como aquela que habita a parte mais superficial da pele, por curto período, mas que pode ser removida por meio da lavagem mecânica com água e sabão. Estas são adquiridas por meio do contato com meios contaminados - pacientes, superfícies, utensílios como bombas de infusão e estetoscópio. Já a microbiota residente é aquela que coloniza as camadas mais internas da pele, e é resistente à lavagem com água e sabão (BRASIL, 2009b).

- **Quais as indicações?** Ao iniciar e ao terminar a jornada de trabalho. Antes e depois de: manipulação de materiais/superfícies que tenham relação com os pacientes, examinar pacientes, realizar procedimentos, atos pessoais do profissional. Sempre que as mãos estiverem sujas ou contaminadas.

- **Quais os materiais necessários?** Água, sabão, preparação alcoólica, antisséptico.

- **Como fazer?** A higienização simples da mão deve durar de 40 a 60 segundos, já que estudos indicam que um tempo menor do que este tem eficácia reduzida na remoção dos microrganismos. Os passos da lavagem estão indicados na Figura

22. A fricção das mãos com preparações alcoólicas deve durar em torno de 20 a 30 segundos e segue os mesmos passos da lavagem simples das mãos. Todavia, não é utilizada água, somente a solução com álcool, e ao final do processo as mãos não devem ser enxugadas, devendo secar naturalmente.

Figura 22 - Etapas da higienização das mãos



Fonte: PARANÁ, 2022

- **Como registrar no prontuário?** Sempre que houver descrições de ações realizadas ao paciente (como procedimentos), é necessário indicar como primeiros passos a lavagem das mãos.
- **O que contraindica?** A única contraindicação é não lavar as mãos.
- **Quais as complicações?** As complicações estão relacionadas a não realizar este procedimento. A principal complicação em não realizar a lavagem de mãos é a transmissão de microorganismos de um paciente para o outro ou do ambiente para o paciente, como ao manipular equipos, sondas etc.

4.2 DRENAGEM DE ABSCESSO

- **O que é?** O abscesso é caracterizado como o acúmulo de pus na derme e em tecidos profundos adjacentes e se apresenta com sinais flogísticos (dor, calor, rubor, edema). O tratamento do abscesso, independente da localização, consiste em sua drenagem cirúrgica. Todavia, algumas localidades requerem maior atenção por haver maiores riscos de complicações, como a região da face e a perianal.

- **Quais as indicações?** Sempre que houver um abscesso e que esteja flutuante.

- **Quais os materiais necessários?** Solução de iodopovidona ou clorexidina, lidocaína 1% para anestesia local, campos estéreis, pinça hemostática, lâmina nº 11 de bisturi, soro fisiológico 0,9% (SF 0,9%) para irrigação, gaze, dreno de Penrose, fio de sutura nylon 3.0, luvas de procedimento e estéril, seringa de 5mL, agulha 40x12 e hipodérmica, máscara e óculos para proteção

- **Como fazer?** 1) Explicar ao paciente/familiar quanto à natureza do procedimento, qual sua indicação e como será o processo. 2) Ter por perto todos os itens necessários. 3) Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento + EPIs. 4) Posicionar o paciente de acordo com o local do abscesso, ver se há flutuação do abscesso, ou seja, se este poderá ser drenado. 5) Efetuar lavagem superficial com SF 0,9%. 6) Retirar luvas, higienizar as mãos e calçar luvas estéreis. 7) Realizar a anestesia local com a lidocaína, no subcutâneo do local do abscesso, iniciando próximo ao maior local de flutuação, lembrando sempre de realizar a aspiração antes de injetar o anestésico, evitando infiltração em vasos. 8) Realizar uma incisão longa e profunda na pele, para que haja drenagem espontânea do pus. 9) Inserir a pinça hemostática na cavidade para eliminar loculações ou secreção purulenta residual. 10) Irrigar a cavidade com SF 0,9% e então inserir o dreno para que haja drenagem de secreções residuais. O dreno pode ser fixado com o fio de sutura. A incisão realizada não deve ser fechada. 11) Finaliza-se com um curativo e com orientação de retornar em poucos dias para reavaliação, ou no setor de U/E ou na UBS.

- **Como registrar no prontuário?** Identificar no prontuário todas as etapas realizadas, indicando se houve complicações e que foi orientado ao paciente retornar para reavaliação.

- **O que contraindica?** Nada.

- **Quais as complicações?** Sangramento local, dispersão da infecção de forma sistêmica e recidiva do abscesso caso não haja drenagem adequada.

4.3 SUTURA

- **O que é?** De acordo com INGRACIO (2017), as suturas visam aproximar tecidos histológicos lesionados, promovendo a síntese da ferida, o recobrimento das estruturas inferiores e a hemostasia local.
- **Quais as indicações?** No setor de U/E, sempre que houver rompimento de estruturas cutaneomucosas.
- **O que contraindica?** Ferida de até 5cm com mais de 18 horas de evolução ou maior de 5 cm com 12 horas de evolução (excetuando-se cabeça), lacerações em que contaminantes não podem ser retirados e mordeduras de animais (exceto face). (SABISTON, 2014)
- **Quais os materiais necessários?** Solução para assepsia, lidocaína 1% para anestesia local, SF 0,9%, gaze, luva de procedimento e estéril, seringa de 10mL, agulha 40x12 e hipodérmica, campos estéreis, pinças, porta-agulha, tesoura, fio cirúrgico a depender do local de sutura, micropore, óculos.
- **Como fazer?** 1) Explicar ao paciente/familiar quanto à natureza do procedimento, qual sua indicação e como será o processo. 2) Ter por perto todos os itens necessários. 3) Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento/EPIs. 4) Posicionar o paciente de acordo com o local da lesão. 5) Efetuar lavagem superficial com SF 0,9%. 6) Retirar luvas, higienizar as mãos e calçar luvas estéreis. 7) Realizar a anestesia local com a lidocaína, lembrando sempre de realizar a aspiração antes de injetar o anestésico, evitando infiltração em vasos. 8) Em o auxílio de uma segunda pessoa, prosseguir com a lavagem e assepsia do local, a fim de retirar quaisquer sujidades. 9) Avaliar o tipo de ponto (simples, Donatti, invertido, em “X”...) e de fio (nylon, catgut, vicryl...) que serão utilizados no local da ferida. 10) Prosseguir com a sutura, deixando 1cm entre um ponto e outro, a fim de evitar isquemia. 11) Promover a síntese de toda a ferida, quando possível. 12) Realizar a limpeza superficial da ferida, colocando um curativo compressivo. 13) Higienizar o ambiente. 17) Retirar luvas e higienizar as mãos. 18) Orientar quanto à retirada dos pontos, que deve ser feita nas UBS seguindo o prazo de cicatrização: 5 dias para face e 7 a 10 dias em outras regiões do corpo. 19) Questionar/verificar o esquema vacinal do indivíduo e, caso esteja incompleto, é ideal realizar a profilaxia para tétano, conforme Figura 23..

- **Como registrar no prontuário?** Identificar no prontuário todas as etapas realizadas, quantos pontos foram realizados, qual tipo de ponto e qual o fio utilizado. Deve-se indicar se houve complicações e após quanto tempo o paciente foi orientado a retirar os pontos.
- **Quais as complicações?** Deiscência/infecção da ferida, cicatrização ou resultado estético insatisfatório.
- **É necessária a prescrição de antibioticoterapia?** A profilaxia com antibióticos é reservada a feridas com contaminação grosseira, ou que seja muito profunda ou extensa. É indicada também em: imunossuprimidos, extremos de idade, lesão de estruturas osteomusculares, ferimentos com mais de 18 horas de evolução e em mordeduras de animais. Para mordeduras de animais, o ideal é prescrever Amoxicilina + Clavulanato. Nos demais, há boa resposta à Cefalexina.
- **É necessária a profilaxia antitetânica?** O esquema de profilaxia antitetânica é proposto abaixo (Figura 23).

Figura 23 - Profilaxia para tétano

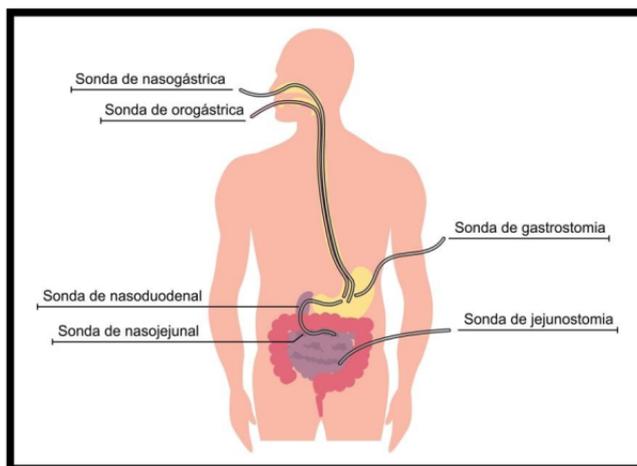
História de vacinação prévia contra tétano	Ferimentos com risco mínimo de tétano			Ferimentos com alto risco de tétano		
	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas
Incerta ou menos de 3 doses	Sim ^a	Não	Limpeza e desinfecção, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e desbridar o foco de infecção.	Sim ^b	Sim	Desinfecção, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados.
3 doses ou mais, sendo a última dose há menos de 5 anos	Não	Não		Não	Não	
3 ou mais doses, sendo a última dose há mais de 5 anos e menos de 10 anos	Não	Não		Sim (1 reforço)	Não ^c	
3 ou mais doses, sendo a última dose há 10 anos ou mais	Sim	Não		Sim (1 reforço)	Não ^d	Desbridamento do ferimento e lavagem com água oxigenada.
3 ou mais doses, sendo a última dose há 10 anos ou mais em situações especiais	Sim	Não		Sim (1 reforço)	Sim ^e	

Fonte: SANTA CATARINA, 2022.

4.4 SONDA NASOGÁSTRICA

- **O que é?** É a passagem de um cateter do nariz até o estômago (Figura 24).

Figura 24 - Posição da sonda nasogástrica



Fonte: Londrina, 2021.

- **Quais as indicações?** Aporte nutricional, drenagem/lavagem de conteúdo gástrico, administração de medicamentos.
- **O que contraindica?** Trauma crânio encefálico - nestes casos, optar por orogástrica. Má formação/obstrução do septo nasal ou de estruturas gastrointestinais, sangramentos gastroesofágicos, neoplasias de estruturas digestivas.
- **Quais os materiais necessários?** Luva de procedimento, máscara, bandeja, sonda Levine, gel ou lidocaína, seringa de 20mL, gaze, estetoscópio, esparadrapo.
- **Como fazer?** 1) Explicar ao paciente/familiar quanto à natureza do procedimento, qual sua indicação e como será o processo. 2) Ter por perto todos os itens necessários. 3) Colocar o paciente em posição de Fowler, se possível. 4) Higienizar as mãos. 5) Colocar os EPIs. 6) Higienizar narina, se necessário. 7) Mensurar a sonda (medida do ápice do nariz, até o lóbulo da orelha homolateral, descendo até apêndice xifóide. Marcar ponto com micropore. 8) Introduzir a sonda pela narina, apontando para trás da orelha. 9) Após introduzir cerca de 10cm, fletir o pescoço do paciente em direção ao tórax, pedindo que este faça movimentos de deglutição. 10) Introduzir a sonda até onde estiver marcado. 11) Testar correto posicionamento da sonda inserindo 20mL de ar e auscultando com o estetoscópio ao nível epigástrico. 12) Caso correto posicionamento, fixar a sonda na face, no lado homolateral à narina. 13) Higienizar paciente, ambiente. 14) Retirar luvas e higienizar as mãos.

- **Como identificar?** A identificação se dá com o nome do responsável pelo procedimento e com a data da instalação. A fixação deve ser trocada a cada 5 ou 7 dias.
- **Como registrar no prontuário?** Em prontuário deve ser registrado etapas do procedimento, em qual narina a sonda foi inserida, se a checagem de posicionamento foi realizada, se houve intercorrências, além do nome do profissional responsável e a data e horário do procedimento.
- **Quais as complicações?** Lesões decorrentes da passagem/manutenção da sonda, broncoaspiração, obstrução da sonda, migração da sonda...
- Todas as informações citadas neste tópico encontram-se nas referências: MARTIN; SARAIVA, 2018; OGLIARI; SANTOS, 2021.

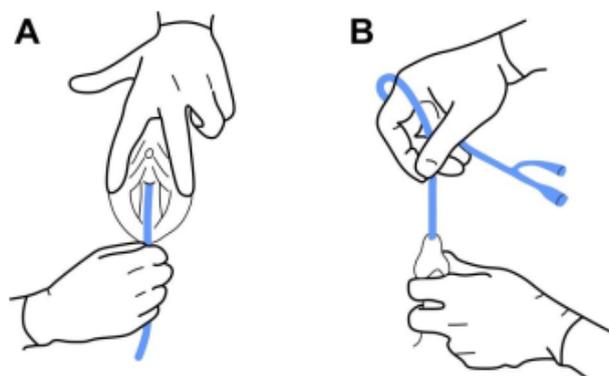
4.5 SONDAGEM VESICAL

- **O que é?** A sondagem vesical traduz-se na passagem de um cateter de borracha/silicone da uretra até o interior da bexiga.
- **Há variações na sondagem vesical?** Sim, esta pode ser de alívio ou de demora. A de alívio é passada e retirada após alguns instantes. Já a de demora pode persistir por maior tempo no paciente.
- **Quais as indicações?**
 - **Sonda de alívio:** alívio de distensão vesical, obtenção de amostra de urina sem contaminação, administração intravesical de fármacos...
 - **Sonda de demora:** controle estrito de débito urinário, falta de controle esfinteriano, doenças que acometem uretra/bexiga/próstata, indivíduos com retenção urinária crônica...
- **O que contraindica?** Histórico de cistectomia total, trauma em períneo/uretra, obstrução uretral, anúria em doença renal crônica, infecções locais (uretrite, prostatite etc)...
- **Quais os materiais necessários?**
 - **Em comum:** gaze/luvas/campo estéreis, luvas de procedimento, xilocaína gel, máscara e gorro descartável, antisséptico, material para higienização da região genital, biombos, bandeja de cateterismo vesical estéril
 - **Sonda de alívio:** em comum + recipiente para descartar urina, sonda de calibre adequado

- **Sonda de demora:** em comum + seringas de 20 mL, agulha 40x12, ampola de água destilada, sonda Folley (mulheres 12 a 14, homens 16 a 18, crianças 6 a 10), bolsa coletora, micropore.
- **Como fazer?** 1) Explicar ao paciente/familiar quanto à natureza do procedimento, qual sua indicação e como será o processo. 2) Ter por perto todos os itens necessários. 3) Preservar a intimidade do paciente com o posicionamento de biombos. 4) Higienizar as mãos e colocar os EPIs. 5) Colocar o paciente na posição adequada ao procedimento: homens em decúbito dorsal e mulheres em posição litotômica. 5) Prosseguir com a higienização da região genital e perineal. 6) Retirar luvas de procedimento e higienizar novamente as mãos. 7) Abrir de maneira asséptica o kit de cateterismo, a sonda e as gazes. 8) Depositar o gel em algumas gazes e a solução asséptica no recipiente. 9) Abrir e calçar a luva estéril. 10) Em mulheres, com a mão não dominante deve-se afastar os grandes lábios, visualizar o meato uretral e realizar a antissepsia em movimentos anteroposteriores contemplando toda a vulva. Em homens, com a mão não dominante colocar o pênis perpendicularmente ao abdome, retraindo o prepúcio, realizando a assepsia do pênis, da bolsa escrotal e região perianal. 11) Posicionar o campo fenestrado. 12) Lubrificar a sonda. 13) Inserir a sonda delicadamente, cerca de 5-10cm em mulheres e 15-20cm em homens, até que haja saída de urina (Figura 25). A partir daqui, os passos serão distintos a depender do tipo de sonda (alívio ou demora).
 - **Sonda de alívio:** 14) Aguardar drenagem completa da urina em recipiente destinado para tal. 15) Retirar a sonda. 16) Higienizar paciente, ambiente. 17) Retirar luvas e higienizar as mãos.
 - **Sonda de demora:** Obs: antes do item 12, a sonda e o balotene devem ser testados, com instilação de água destilada no lúmen destinado, além disso, em homens deve ser aplicado gel lubrificante na uretra, com auxílio de seringa) + 14') insuflar balão da sonda com água destilada e tracionar levemente a sonda até que haja resistência. 15') Abrir e fixar a sonda no paciente - homens: região abd, suprapúbica, face interna da coxa; mulheres: face interna da coxa. 16') Colocar o saco coletor ao lado da cama do paciente, sempre abaixo do nível da bexiga. 17') Higienizar paciente, ambiente. 18) Retirar luvas e higienizar as mãos. 19) Identificar sonda.

- **Como identificar?** No caso de SVD, é necessário escrever na bolsa coletora o nome do paciente, data e horário de sondagem e o nome do responsável pelo procedimento.
- **Como registrar no prontuário?** Em prontuário deve ser registrado etapas do procedimento, qual o tamanho da sonda inserida, intercorrências, volume e características da urina drenada. Anotar nome do profissional responsável e a data e horário do procedimento.
- **Quais as complicações?** Trauma uretral, infecção do trato urinário.
- Todas as informações citadas neste tópico encontram-se nas referências: OGLIARI; SANTOS, 2021; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, s.d.

Figura 25 - Sondagem vesical: A - feminina, B-masculina.



Fonte: Ogliari; Santos, 2021.

4.6 ACESSO VENOSO CENTRAL

- **O que é?** É a inserção de um cateter em uma veia calibrosa, como: cava superior ou inferior, jugular interna, subclávia, íliaca, femoral comum ou braquicefálica. O intuito dessa punção é administrar medicamentos que fluam diretamente para o átrio direito. O local de inserção do cateter depende da habilidade do médico e do local com menor risco de complicações.
- **Quais as indicações?** Indivíduos com veias periféricas inadequadas, necessidade de infusão de soluções com incompatibilidade periféricas (como drogas vasoativas, que podem levar à isquemia se mantidas a longo prazo em tais locais), monitorização hemodinâmica, terapias extracorpóreas (hemodiálise etc), acesso venoso de longo prazo, reposição em grande volume de fluídos.

- **O que contraindica?** Não há nenhuma contraindicação absoluta, visto que este procedimento só é realizado em situações de extrema necessidade com custo-benefício bem avaliado. As contraindicações costumam ser relativas, como coagulopatias ou por restrição de determinado sítio de punção como infecção local, deformação anatômica etc.

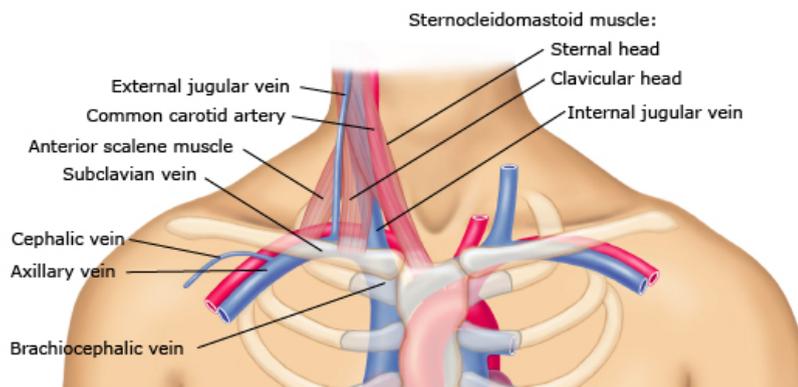
- **Quais os materiais necessários?** Luvas de estéreis + EPIs, gases, material para assepsia, material para anestesia local (seringa, agulhas, lidocaína), kit cateter central, lâmina de bisturi, kit sutura, material para curativo.

- **Como fazer?** 1) Explicar ao paciente/familiar quanto à natureza do procedimento, qual sua indicação e como será o processo. 2) Ter por perto todos os itens necessários. 3) Colocar o paciente na posição de acordo com o sítio de punção. 4) Higienizar as mãos. 5) Colocar os EPIs. 6) Lavar novamente as mãos. 7) Calçar luvas estéreis e abrir os kit de sutura e de central, de maneira estéril. 8) Pedir para o assistente preencher o recipiente correspondente com solução asséptica. 9) Realizar a assepsia e antisepsia do sítio de punção e mais algum alternativo, caso o primeiro não seja bem sucedido. 11) Colocar campos estéreis. 12) Realizar botão anestésico, tendo cuidado para não realizar deformações anatômicas. A partir daqui, os passos subsequentes serão distintos a depender do sítio de punção.

- **Veia jugular interna:** (Deve ser o local de primeira escolha, por ser menos suscetível a complicações). Em 3, o paciente deve ser posicionado em posição de Trendelenburg, com a cabeça rotada 45° contralateralmente ao lado escolhido. Seguindo. 13) Deve-se encontrar o triângulo formado pelas cabeças esternal e clavicular do esternocleidomastóideo e a clavícula; encontrar também a artéria carótida (Figura 26). 14) Encontrado esse ponto, mais medial à carótida deve-se inserir a agulha no vértice do triângulo, com inclinação de 30° em relação à pele, em direção ao mamilo ipsilateral. Lembrar de manter sempre em aspiração a seringa, para haver retorno venoso na seringa. 15) Quando iniciar o retorno venoso, inserir fio-guia por aproximadamente 20 cm, interrompendo a inserção se houver resistência. 16) Retirar a agulha, mantendo a posição do fio-guia. 17) Realizar pequena incisão no local para que o cateter (mais calibroso) possa ser inserido. 17) Realizar dilatação do sítio. 18) Inserir cateter, mantendo sempre o fio-guia à vista. 19) Quando houver inserção completa do cateter, retirar fio-guia. 20) Acoplar ao sistema do cateter um sistema de fluxo e refluxo, para testar a

efetividade do procedimento. 21) Se bem posicionado, prosseguir com a fixação do cateter, limpeza do paciente e do ambiente. 22) Solicitar RX-tórax para excluir a possibilidade de acidentes de punção, como pneumo ou hemotórax.

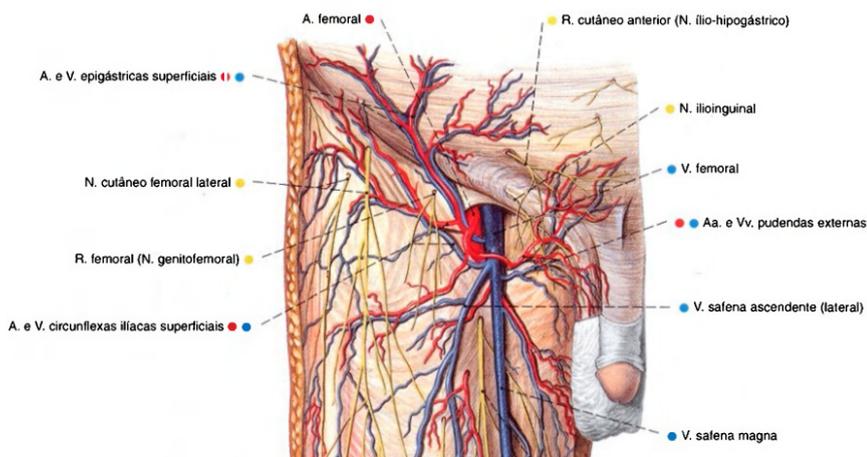
Figura 26 - Anatomia de vasos relevantes para CVC



Fonte: Heffner; Androes, 2020.

- **Veia subclávia:** Em 3, deve ser colocado um coxim no dorso entre as escápulas. Seguindo. 13') Encontrar a linha coracoclavicular em região infraclavicular, encontrar o ponto médio entre esses dois segmentos e inserir a agulha cerca de 2cm lateral a este cruzamento, inferiormente à clavícula (Figura 26), mantendo a aspiração na seringa . Proceder com os passos 14 a 22.
- **Veia femoral:** (Deve ser o sítio de última escolha, visto o potencial de contaminação e trombose).13'': Em região inguinal, palpar artéria femoral (Figura 27). Cerca de meio cm medialmente, inserir agulha em direção cranial, com inclinação de 45°, mantendo a aspiração na seringa. Proceder com os passos 14 a 21.

Figura 27 - Anatomia de vasos relevantes para CVC femoral



Fonte: Sobotta, 2000.

- **Como identificar?** Inserir no curativo nome do responsável pelo procedimento, bem como a data de passagem do cateter e da troca do curativo.
- **Como registrar no prontuário?** Em prontuário deve ser registrado etapas do procedimento, nome do profissional responsável e a data/horário do procedimento, sítios puncionados e número de tentativas em cada um e as possíveis intercorrências.
- **Quais as complicações?** As complicações têm relação com o local puncionado.
 - **Veia jugular interna:** punção acidental de carótida e traqueia, lesão de nervos adjacentes, pneumotórax, lesão miocárdica por inserção profunda de cateter, embolia, flebite, sepse.
 - **Veia subclávia:** punção acidental de artéria, pneumo/hemo/quilotórax, embolia, flebite, sepse.
 - **Veia femoral:** punção acidental de artéria femoral, trombose, sepse.
 - Pode haver também a introdução completa do fio-guia, perdendo-o dentro do vaso - necessidade de intervenção de radiologia ou cirurgia.
- Todas as informações citadas neste tópico encontram-se nas referências: HEFFNER; ANDROES, 2020; MASSAIA; 2012; SOBOTTA, 2000.

4.7 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

- **O que é?** A IOT é um procedimento que visa garantir uma via aérea definitiva ao paciente de forma não cirúrgica.

- **Quais as indicações?** Em U/E: redução da oxigenação/ventilação, PCR, RNC (Glasgow <8), iminência de comprometimento respiratório.
- **O que contraindica?** Por ser utilizada somente em situações de emergência na U/E, há poucas contraindicações, sendo estas: deformidades anatômicas, obstrução via aérea, lesões em traqueia/glote.
- **Quais os materiais necessários?** Luvas de procedimentos, EPIs, cânula traqueal (nº 7,5 - 8 para mulheres e 8 - 8,5 para homens), fio-guia, laringoscópio com lâmina curva, oximetria de pulso, estetoscópio, material para aspiração, drogas para sedação e bloqueio neuromuscular, máscara com válvula unidirecional e bolsa-reservatório, ventilador mecânico ligado a uma fonte de O₂, coxins, cadarço, seringa, materiais de apoio caso não haja sucesso na intubação (como a máscara laríngea).
- **Como fazer?** A técnica de IOT segue o famoso esquema dos 7P 's. A **Preparação** diz respeito a verificar se todos os utensílios necessários estão à mão e funcionando, avaliar vias aéreas do paciente (predizendo possíveis dificuldades de acesso). Pode-se dizer que esta etapa é uma das mais importantes, visto que falhas ocorridas podem reduzir a chance de sucesso no procedimento. A **Pré-oxigenação**, na qual o paciente recebe oxigênio 100% em alto fluxo, com auxílio da máscara / bolsa-reservatório, por 3 a 5 minutos, a fim de evitar dessaturação significativa. O **Pré-Tratamento** pode incluir o uso de Atropina (evitar bradicardia), noradrenalina (evitar hipotensão) e analgésicos como o fentanil e a lidocaína. Na prática, o que mais vi ser utilizado foi o Fentanil. A **Paralisia com indução** visa promover amnésia e analgesia, como também bloqueio neuromuscular. A sedação pode ser feita com Etomidato (0,3 mg/kg), Midazolam (5 mg/kg), Propofol (0,5-2mg/kg) ou Cetamina (1,5-2 mg/kg). Já o bloqueio pode ser feito com Succinilcolina (1,5 mg/kg) ou Rocurônio (0,6-1 mg/kg). Nos campos de estágio, o que mais vi sendo utilizado foi o Midazolam e a Succinilcolina. Deve-se então realizar o **Posicionamento** do paciente, colocando um coxim suboccipital e estendendo pescoço em “*sniffing position*”, para facilitar a laringoscopia. Após o devido relaxamento muscular e sedação, deve-se prosseguir com a laringoscopia, segurando o laringoscópio com a mão esquerda, colocando a língua do lado esquerdo, auxiliando na visão da epiglote. O laringo deve ser inserido até a valécula. Quando as cordas vocais estiverem visíveis, ocorre a **Passagem do tubo** pela glote; então, deve ser retirado o fio-guia, e insuflar o balonete com 10mL de ar. A posição do tubo deve ser testada,

devendo haver pressão com a máscara / bolsa-reservatório para realizar a ausculta de epigástrio e ambos os tórax. Deve haver expansão simétrica do tórax, com murmúrios vesiculares pulmonares presentes. Por fim, a **Pós-Intubação** consiste na fixação do tubo com o cadarço, ajuste dos parâmetros ventilatórios e das drogas que serão utilizadas para manter a sedação/paralisia.

- **Como registrar no prontuário?** Em prontuário deve ser registrado etapas do procedimento, nome do profissional responsável, data/horário do procedimento, possíveis intercorrências.
- **Quais as complicações?** Hipóxia, hipotensão, arritmias, dor de garganta, traumas dentários, lesões de tecidos moles (como faringe, cordas vocais, traquéia), barotrauma, intubação esofágica.

5. QUESTÃO-PROBLEMA EM SETOR DE ESTÁGIO

Ao longo das práticas, como já citei durante um caso clínico, vivenciamos o quão frequentes são as tentativas de suicídio na atenção Pré-Hospitalar. Percebemos que esses agravos, infelizmente, seguem um ciclo: o indivíduo tenta suicídio, é encaminhado para a UPA. A partir de aí, ou o paciente é direcionado ao setor de psiquiatria do HMPGL ou ele evade. Em alguns casos, após alguns dias ele retorna por uma nova tentativa. Eu costumava comentar com meu colega que a sensação era de estar enxugando gelo.

Permeando a RUE, temos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta é composta por todos os elementos que prestam atendimento aos indivíduos com transtornos mentais. Aqui em Foz podemos citar que fazem parte dessa rede os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), as UPAs, o HMPGL, as Unidades de Saúde, o Ambulatório de Saúde Mental. Há também comunidades terapêuticas que fazem convênio com a Prefeitura e projetos de reabilitação psicossocial.

Citando cada instrumento, temos o CAPS II, que atende indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, que de acordo com a política de Saúde Mental é um local indicado para municípios acima de 75 mil habitantes. Em construção, está o CAPS III, que tem o mesmo objetivo do CAPS II, porém funciona de maneira ininterrupta, 24 horas ao dia; este é indicado para regiões com mais de 150 mil habitantes, que é o caso do nosso município. Na vila Yolanda temos o CAPSad, que atende cidadãos com transtornos relacionados ao uso abusivo de

substâncias, como crack e álcool. Temos também o CAPSi, que atende crianças e adolescentes que padecem de transtornos mentais significativos. Todos esses serviços atuam de porta aberta, podendo o indivíduo buscar a assistência diretamente.

Temos todos esses instrumentos de apoio à Saúde Mental em Foz, porém, infelizmente, a demanda é maior e muitas pessoas ainda ficam desassistidas.

Como primeira proposta de solução, iniciando pelo atendimento da prevenção terciária, quando o agravo já ocorreu, poderíamos citar a capacitação dos profissionais que recebem esses pacientes vítimas de tentativa de suicídio no Pré-Hospitalar. Uma ideia seria reunir esses profissionais com aqueles que são especialistas na temática de Saúde Mental a fim de discutirem como se daria a melhor abordagem do primeiro contato, como manejar esse paciente, quais os instrumentos presentes na RAPS que podem prestar auxílio. A ideia é que o atendimento seja o mais direcionado e efetivo possível, tendo como norte o aprendizado de uma escuta qualificada, baseada no acolhimento e humanização do atendimento. Nem todos os indivíduos precisam ser capacitados, até porque julgo que seria inviável, mas pelo menos dois ou três de cada equipe de plantão.

Outra ideia de intervenção seria a de firmar um convênio entre a Fundação Municipal de Saúde e as Instituições Privadas que contam com curso de psicologia. Em algumas oportunidades, os discentes poderiam ter como campos de estágio as UPAs, prestando atendimento aos pacientes por meio da escuta qualificada e, quem sabe, mostrando uma saída favorável àquela situação. Os dois lados ganham.

Indo para um âmbito um pouco mais amplo, considero que seria essencial fazer um levantamento do número de indivíduos vítimas de tentativa de suicídio atendidos no Pré-Hospitalar, bem como as principais faixas etárias, os métodos utilizados e a situação socioeconômica. Tudo isso serviria como material de fundamentação teórica para mostrar à Secretaria de Saúde de que isso é sim um problema de extrema relevância pública e de que há necessidade urgente de intervenção. Este levantamento poderia ser feito por meio das Fichas de Notificação Compulsórias, que devem ser preenchidas no caso de tentativas de suicídio, mas que ainda são pouco utilizadas em nosso meio.

Mesmo que a Saúde Mental seja de jurisdição do Estado, como de acordo com a Política Nacional (Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, tendo dados concretos, a Secretaria Municipal de Saúde pode encaminhar a demanda aos órgãos

competentes, demonstrando que há necessidade de contratação de mais pessoas para atuarem nesta área e que há carência de recursos para readequação dos espaços de acordo com a demanda populacional.

Pensando em uma intervenção em nível secundário, seria ideal que a Atenção Básica contasse com um maior número de indivíduos capacitados em saúde mental, para evitar que as situações cheguem aos desfechos desfavoráveis. Este ano foi proposta na UNIOESTE a pós-graduação em psicologia. Nessa especialização, 30 vagas foram disponibilizadas, e um dos campos de atuação será nas Unidades de Saúde. Mais pessoas terão oportunidade de acesso ao atendimento, que até então ficava um pouco limitado pelo fato de cada distrito sanitário contar com apenas um psicólogo.

Como qualquer problema de saúde, o melhor tratamento é a prevenção. Com a tentativa de suicídio não poderia ser diferente. Apesar de ainda ser tabu, essa temática precisa sim ser levantada e debatida, principalmente entre os adolescentes, principal grupo que atendemos nas UPAs. Uma iniciativa muito legal que o CAPSi tem é a de debater esta temática no Setembro Amarelo. Neste mês citado, a equipe do CAPSi passa por todas as turmas de Ensino Médio público do município, falando sobre o assunto, observando e realizando o acolhimento aos alunos. Além disso, é apresentado aos discentes e docentes os componentes da RAPS e como acionar cada um sempre que se fizer necessário. Essa forma de abordagem do tema pode servir como incentivo para até mesmo para as ações de Extensão do Curso de Medicina da UNILA.

6. CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA: Reflexões

“Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto”. Esse pequeno trecho do juramento de Hipócrates, feito pelo profissional médico, traz para discussão um dos princípios mais valorizados na medicina: o sigilo na relação médico-paciente.

Apesar de ainda não ter feito este juramento, o acadêmico de medicina não está isento de incumbências éticas. Para direcionar tais responsabilidades, o CFM, em 2018, disponibilizou o Código de Ética do Estudante de Medicina, que conta com 45 artigos, divididos em 6 eixos.

Para a discussão deste tópico, escolhi o Artigo 25, Eixo 6 - Relações Interpessoais do Estudante, do Código de Ética ao acadêmico: “É vedado ao estudante de medicina divulgar informações sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico”.

Em um contexto virtual tão afluído, como é o nosso, é imperativo que tenhamos em mente que esse Artigo 25 se aplica também às redes sociais. É de conhecimento geral que as redes são alimentadas pela exposição dos indivíduos e, algumas vezes, não há separação entre a exposição pessoal e a profissional. Ocasionalmente, as informações colhidas sob sigilo médico (ou acadêmico) são inseridas de maneira sensacionalista na internet para que haja auto-promoção.

Lembramos aqui que o sigilo médico tem como objetivo garantir a confiabilidade no atendimento em saúde, proporcionando proteção ao paciente quanto aos seus valores e vivências. Na perspectiva de que as informações cedidas permanecerão encerradas naquela conversa, o indivíduo traz à tona, muitas vezes, temas íntimos que podem causar constrangimento ou malefícios quando expostos em sociedade (VILLAS-BÔAS, 2015).

As redes sociais podem nos dar a falsa sensação de que tudo o que está sendo publicado ali é compartilhado apenas com nossa lista de contatos, ainda mais se o perfil tiver a opção de “privacidade” ativada. Pela impressão de que o conteúdo é privado, ocorre o “fenômeno da desinibição online”, que conheci durante buscas sobre a temática. Essa desinibição pode surgir por:

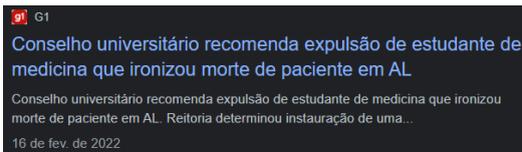
(...) Impressão de que os conteúdos postados não estão sendo vistos por outras pessoas, a impressão de que não haverá julgamentos ou consequências resultantes das postagens ou até mesmo a percepção de duas realidades dissociadas – a da vida real e a da realidade virtual (...) (SOUZA, et al., 2017).

Sabemos que a realidade é bem distante disso. As informações ganham proporções muito maiores do que o “previsto” e há sim imputações sobre os atos, até mesmo judiciais. Poderíamos citar aqui várias ocasiões em que indivíduos sofreram penalidades após expor situações e pensamentos em redes como Twitter, Instagram e até mesmo em grupos de Whatsapp:

Cirurgiã é suspensa após compartilhar vídeos com pele de pacientes no TikTok

Médica atendida em Ribeirão Preto (SP); suspensão é válida enquanto Cremosp investiga publicações

Por Redação VEJA São Paulo 10 abr 2021, 13:55



CRM-PR abre sindicância para apurar atitude de médica do Paraná que usou rede social para xingar paciente

Sem citar nomes, médica criticou paciente que procurou pronto socorro de madrugada para tratar infecção urinária; g1 aguarda retorno da profissional.

Por g1 PR — Curitiba
23/05/2022 20h15 - Atualizado há um mês



Em 2015 foi realizado o primeiro estudo sistemático abordando alunos da área da saúde e o uso das redes sociais. Uma das abordagens era comunicar ao discente que seu perfil do Facebook estava sendo monitorado. A pesquisa mostrou que o número de postagem consideradas “impróprias” reduziram, porém não houve confirmação se isso foi resultado da sensação de monitoramento, ou da atividade educativa que foi proposta a esses mesmos alunos (WALTON; WHITE; ROSS, 2015). Mesmo assim, esta análise nos mostra que é essencial trazer à tona o tema em escolas médicas.

O CRM-PR tem, ultimamente, debatido essa questão ética nas redes sociais e levado essa discussão para dentro das faculdades de medicina. Na UNILA tivemos em duas oportunidades palestras com essa temática. Dentre outros pontos, é sempre abordada uma questão corriqueira: a postagem de fotos de pacientes em redes como Facebook e Instagram. O posicionamento da entidade é sempre o mesmo: é proibido. Independente de ser autorizado ou não. A justificativa se dá pelo fato de que no momento em que o indivíduo busca auxílio, geralmente está fragilizado, sem pleno juízo crítico da situação naquele instante. Se a imagem não for autorizada, a circunstância fica ainda mais imprudente, visto que cabe até mesmo intervenção judicial. Com todo direito.

É nesses momentos que um ponto essencial na medicina deve ser lembrado: a humanização no cuidado. Esse tema é responsável pela “(...) realização do cuidado integral, da promoção da saúde e da valorização da dimensão subjetiva e social (...)”. Assim, o indivíduo deve ser valorizado também na esfera psíquica, que é onde habitam seus princípios e valores, que não devem ser feridos pelo fato do

indivíduo ter sua situação em saúde exposta por terceiros (CASATE; CORRÊA, 2011).

Nas redes sociais tudo adquire dimensão exacerbada de disseminação e, como já dizia Mario Quintana, “Não te abras com teu amigo. Que ele um outro amigo tem. E o amigo do teu amigo. Possui amigos também...”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero que a forma de rodízio do meu grupo do Internato me proporcionou uma vivência única. Iniciamos na APS, passando 5 meses conhecendo a Atenção Básica e toda a sua amplitude e capacidade de assistência. Depois, passamos para as UPAs, tendo contato com a Atenção Secundária e vendo como manejar os pacientes que encaminhávamos das Unidades. A próxima parada foi o Complexo de São Miguel, no qual havia um misto de atendimento intermediário e especializado. Atendemos em consultórios demandas de baixa complexidade, realizamos visitas e atendimentos na enfermaria e também participamos de cirurgias como cesárea, apendicectomia, colecistectomia, correção de hidrocele e de fimose. Para finalizar, passamos no HMPGL, o hospital que recebe as demandas de alta complexidade de todos os campos em que passamos anteriormente. Ali pudemos descobrir o que fazer quando se esgotam os recursos técnicos dos outros pontos de atenção.

Ao longo do módulo vimos que a Urgência e Emergência pode e deve ser humanizada. Não deve haver maior sensibilidade e empatia em um profissional do que ao manejar indivíduos desacordados, em situações nas quais sua vida, ou a de seu ente querido, corre risco de se esvaír.

REFERÊNCIAS

ACLS – **American Heart Association, Suporte Avançado de Vida Cardiovascular** – Manual para profissionais de saúde. 4ª ed, 2016.

BARUZZI, A.C.A.; STEFANINI, E.; MANZO, G. Fibrinolíticos: indicações e tratamento das complicações hemorrágicas. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v.28, n.4, p.421-7. 2018.

BERNOCHE, C. et al. **Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia** – 2019. *Arq Bras Cardiol.* 2019; 113(3):449-663, 2019.

BRAGA, L.L. DELL'AGLIO, D.D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**. São Leopoldo: v. 6, n. 1, p. 2-14, jan-jun, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048/GM**, de 5 de novembro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Dengue: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento** – Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** – Brasília : Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600**, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 jul. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Procedimentos** – Brasília : Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.010**, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 maio, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 665**, de 7 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 de abril de 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. **Dengue** : diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. **Lei nº 12.842**, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da medicina. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 11 jul 2013d. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm>. Acesso em 15 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia para uso de hemocomponentes**. 2ª ed – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 10**, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. **Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas** – Brasília : Ministério da Saúde : 2019.

BRUXEL, C.L. et al. Manejo clínico do paciente queimado. **Acta méd.**, Porto Alegre, v. 33, n.5, 2012.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A. K.. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 1, n. 46, p. 219-26, 2012.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Parecer CFM 35/2016**: Os procedimentos invasivos das áreas dermatológica/cosmiátrica só devem ter sua indicação e execução feitas por médicos, de acordo com a Lei 12842/2013. Câmara Técnica de Dermatologia do CFM. Brasília, 2016.

COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arq Bras Cardiol.** 111(3):436-539, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CPF nº 2.077/14**: dispõe sobre a normatização do funcionamento dos serviços hospitalares de urgência e emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Brasília, 2014. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>. Acesso em: 2 maio 2022.

CORRÊA, R.A. et al. **Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade** 2018. J. Bras Pneumol. Brasília, 44 (5): 405-425, 2018.

DESCARTES, R. **Discurso do método**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

EDWARDSON, M.A. Overview of ischemic stroke prognosis in adults. **UpToDate**. 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-ischemic-stroke-prognosis-in-adults?sectionName=Neurologic%20severity&search=escala%20nihss&topicRef=14084&anchor=H981723846&source=see_link#H981723846. Acesso em: 10 maio 2022.

ELMER, J. Advanced cardiac life support (ACLS) in adults. **UpToDate**. 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/advanced-cardiac-life-support-acls-in-adults?search=assistolia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H119. Acesso em: 10 maio 2022.

FERNANDES, C.C.; FARIA, P.M.M. **Protocolo de Sepsis**: abordagem da sepsis e choque séptico. Hospital São Mateus, Cuiabá, 2019. Disponível em: <https://hmsm.com.br/wp-content/uploads/2019/05/protocolo-sepsis-2019.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2022.

FERREIRA, A. F. et al. Fatores preditivos de gravidade da pancreatite: quais e quando utilizar? **ABCD Arq Bras Cir Dig**, Curitiba, v. 3, n. 28, p. 207-211, 2015.

FIGUEIREDO, L.T. Patogenia das infecções pelos vírus do dengue. **Medicina**: Ribeirão preto, v.32, 1999.

FILE, T.M. Epidemiology, pathogenesis, and microbiology of community-acquired pneumonia in adults. **UpToDate**. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-microbiology-of-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=pneumonia&topicRef=117561&source=see_link#H594520523. Acesso em 7 jul. 2022.

FLATO, U.A.P. et al. Utilização do FAST-Estendido (EFAST-Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma) em terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, 22(3), 2010.

FONSECA, M.A. **O Básico Que Todo Generalista Deve Saber Sobre Radiologia Parte 5** - Principais Patologias na Radiologia de Tórax. Radiologia com Didática, 2017

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.. Atenção primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et alli. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

HAMMER, G.D.; MCPHEE, S.J. **Fisiopatologia da Doença: Uma introdução à medicina clínica**. 7ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

HEFFNER, A.C.; ANDROES, M.P. Placement of subclavian venous catheters. **UpToDate**. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/placement-of-subclavian-venous-catheters?search=acesso%20venoso%20central%20subcl%C3%A1via&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H58349363. Acesso em: 6 jun. 2022.

HERRING, W. **Radiologia básica: aspectos fundamentais**. 3ª edición. Barcelona: Elsevier, 2016.

INGRACIO, A.R. (org.). **Técnica Cirúrgica**. Caxias do Sul: EducS, 2017. Disponível em <https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/ebook-tecnica-cirurgica_2.pdf>. Acesso em 23 maio 2022.

JAMES, T.W.; CROCKETT, S. D. Management of acute pancreatitis in the first 72 hours. **Curr Opin Gastroenterol**, v.34, n. 5, p. 330-335, 2018.

KAPLAN, H.I; SADOCK, B.J. **Compêndio de Psiquiatria - Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2017.

KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. **Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010

LODI, L. et al. Parada Cardiorrespiratória. **Acta méd**: Porto Alegre, v.37, n.7, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-883025>. Acesso em 10 de maio 2022.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Procedimento Operacional Padrão - Sondagem gástrica, nasogástrica e orogástrica**. 2021. Disponível em: http://saude.londrina.pr.gov.br/images/protocolos-clinicos-saude/11-SONDAGEM_NASOGASTRICA_E_NASOENTERAL.pdf. Acesso em 18 maio 2022.

LONGO, Dan L. et al. **Medicina Interna de Harrison**. 18 ed. Porto Alegre, RS: AMGH Ed., 2013.

LOPES, D.C. Sociedade Brasileira de Queimaduras (org.). **Manual de queimaduras para estudantes**. Brasília, 2021.

LUCIANO, P.M. **Hemorragia Digestiva Alta**. Grupo Santa Casa de João Joaquim da Barra, s.d. Disponível em:
http://www.cremesp.org.br/pdfs/eventos/eve_31052016_165758_Hemorragia%20Digestiva%20Alta%20-%20Dra%20Paula%20Menezes%20Luciano.pdf. Acesso em 8 jul. 2022.

MACHADO, R. Sociedade Brasileira de Imunizações e Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (ed.). **Pneumologia: Guia de Imunização SBIm/SBPT**. 2018/19.

MANAKER, Scott. Use of vasopressors and inotropes. **UpToDate**. 2022. Disponível em:
https://www.uptodate.com/contents/use-of-vasopressors-and-inotropes?search=nora+drenalina&source=search_result&selectedTitle=2~148&usage_type=default&display_rank=3#H3. Acesso em: 9 maio 2022.

MANTOVANI, C. et al. Manejo do paciente agitado ou agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.32, 2010.

MARTIN, P.B.; SARAIVA, T.S.; MORAIS, B.N.P.P. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Foz. **Protocolo Assistencial - Sondagem gástrica e enteral**. 2018. Disponível em:
<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/saude/especialidades-1/PROTOCOLOSONDAGEMGSTRICAEENTERAL.pdf>. Acesso em 18 jun. 2022.

MARTINS, M.A. et al. **Clínica Médica Volume 4 - Doenças do Aparelho Digestivo, Nutrição e Doenças Nutricionais**. 2ª ed. Barueri: Manole, 2016.

MASSAIA, I.F.S.D. *et al* (ed.). **Procedimentos do Internato à Residência Médica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça . **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. Organização Pan-Americana de Saúde. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, 2011.

MIRANDA, C.H.; SIMÕES, M.V. Insuficiência cardíaca agudamente descompensada na Sala de Urgência. **Revista QualidadeHC**, São Paulo, 2017.

NETO, J.P.B.; TAKAYANAGUI, O. M. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

OGLIARI, A.L.C.; SANTOS, R.C. Sondagens. **Vitalle - Revista de Ciências de Saúde**, Rio Grande. v.33, n.1, 2021.

OLIVEIRA-FILHO, J. Initial assessment and management of acute stroke. **UpToDate**. 2022b. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/initial-assessment-and-management-of-acute-stroke?search=terapia%20fibrinolitica&topicRef=16134&source=see_link#H95636670. Acesso em: 10 maio 2022.

OLIVEIRA-FILHO, J. Early antithrombotic treatment of acute ischemic stroke and transient ischemic attack. **UpToDate**. 2022a. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/early-antithrombotic-treatment-of-acute-ischemic-stroke-and-transient-ischemic-attack?sectionName=Aspirin&search=terapia%20fibrinolitica&topicRef=1126&anchor=H3&source=see_link#H3. Acesso em: 11 maio 2022.

PARANÁ. Corpo de Bombeiros Militar do Paraná. Secretaria da Segurança Pública. **Como funciona o SIATE**. Disponível em: <https://www.bombeiros.pr.gov.br/Pagina/Como-funciona-o-SIATE>. Acesso em: 2 maio 2022.

PARANÁ. Governo do Paraná. Secretaria de Saúde. **Acionar serviços de emergência - Samu e Siate**. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/servicos/Servicos/Apoio-ao-turista/Acionar-servicos-de-emergencia-Samu-e-Siate-JGoMvN0e>. Acesso em: 5 maio 2022.

PARANÁ. Instituto Curitiba de Saúde. Prefeitura de Curitiba. **Higienização das mãos**. Disponível em: <https://ics.curitiba.org.br/higienizacao-das-maos/>. Acesso em: 20 maio 2022.

PARREIRA, J.G. et al. Relação entre o mecanismo de trauma e lesões diagnosticadas em vítimas de trauma fechado. **Rev. Col. Brasil. Cir.**, Rio de Janeiro, 44 (4), 2017.

RAMIREZ, J.A. Overview of community-acquired pneumonia in adults. **UpToDate**. 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=pneumonia&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H1722177350. Acesso em 22 jun. 2022.

RANG, H. P. et al. **Rang & Dale. Farmacologia**. 7ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

REDE. *In*: DICIO, **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

ROCHA, R.M. (Rio de Janeiro). Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro (ed.). **Manual de Insuficiência Cardíaca**. Rio de Janeiro, 2019.

ROSENBERG, M.B. **Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais**. São Paulo: Ágora, 2003.

ROSETO, E.B. Monitored anesthesia care in adults. **UpToDate**. 2022. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/monitored-anesthesia-care-in-adults?search=midazolam&source=search_result&selectedTitle=9~148&usage_type=default&display_rank=8#H3023658334. Acesso em 10 maio 2022.

ROST, N.S.; SIMPKINS, A. Overview of secondary prevention of ischemic stroke. **UpToDate**. 2022. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/overview-of-secondary-prevention-of-ischemic-stroke?sectionName=LDL-C%20lowering%20therapy&search=avc%20%2B%20estatinas&topicRef=1126&anchor=H2474473658&source=see_link#H2474473658. Acesso em: 11 maio 2022.

SABISTON, D.C.Jr., ed. et al. **Tratado de cirurgia: A base Biológica da prática Cirúrgica Moderna**. 19ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

SAMU. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Protocolo Operacional Padrão: SAMU 192 Regional Sorocaba**. Prefeitura de Sorocaba - Secretaria da Saúde. São Paulo. 2015. Disponível em:

<https://saude.sorocaba.sp.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/protocolo-operacional-padro.pdf> Acesso: 10 de maio de 2022.

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Superintendência de Vigilância em Saúde. **Profilaxia de Tétano Acidental**. Disponível em:

<<https://www.dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agrivos/T%C3%A9tano%20Acidental/Publica%C3%A7%C3%B5es/1%20-%20Profilaxia%20de%20T%C3%A9tano%20Acidental.pdf>> . Acesso em: 22 maio 2022.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Serviço de Verificação de Óbito x Instituto Médico Legal**. 2020. Disponível em:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/servicos/servicos-para-o-cidadao/1657-servico-de-verificacao-de-obitos/11660-servico-de-verificacao-de-obitos-x-instituto-medico-legal>. Acesso em: 11 maio 2022.

SILVA, L.B. et al. Peptídeo natriurético tipo-B e doenças cardiovasculares. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v.81, n. 5, 2003.

SHIH, Tina. Seizures and epilepsy in older adults: etiology, clinical presentation, and diagnosis. **UpToDate**. 2021. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/seizures-and-epilepsy-in-older-adults-etiology-clinical-presentation-and-diagnosis?search=crise%20convulsiva&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=9#H4. Acesso em: 10 maio 2022.

SOBOTTA, J. **Sobotta: atlas de anatomia humana**. 21ª ed, v.2 Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

SOUZA, E. et al. Ética e Profissionalismo nas Redes Sociais: Comportamentos On-line de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, 41 (3), 412-423, 2017.

THOMAS, S.J.; ROTHMAN, A.L. Dengue virus infection: Pathogenesis. **UpToDate**. 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-pathogenesis?search=dengue&source=search_result&selectedTitle=2~109&usage_type=default&display_rank=2#H17. Acesso em 16 abr. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (Minas Gerais). **Escala de Coma de Glasgow**: importância e atualização de 2018. Importância e atualização de 2018. 2022. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/neurologia/2018/12/11/escala-de-coma-de-glasgow-importancia-e-atualizacao-de-2018/>. Acesso em: 09 maio 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA **Redes de atenção à saúde**: rede de urgência e emergência - RUE/Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.). - São Luís, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde**: a atenção à saúde organizada em redes/Nerícia Regina de Carvalho Oliveira (Org.). - São Luís, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Maternidade-Escola da UFRJ. **Procedimento Operacional Padrão**: Cateterismo Vesical de Demora em Adultos. s.d. Disponível em: http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_81_cvd_adultos.pdf. Acesso em 26 maio 2022.

UPTODATE. **Norepinephrine (noradrenaline)**: drug information. 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/norepinephrine-noradrenaline-drug-information?search=noradrenalina&source=panel_search_result&selectedTitle=1~148&usage_type=panel&kp_tab=drug_general&display_rank=1. Acesso em: 10 maio 2022.

VEGE, S.S. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis. **UpToDate**. 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatite%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H367341716. Acesso em 16 abr. 2022.

VEGE, S.S. Management of acute pancreatitis. **UpToDate**. 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatite%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em 16 abr. 2022.

VELASCO, Irineu Tadeu et al. **Medicina de emergência: abordagem prática**. Barueri, SP: Manole, 2019.

VIDAL, C.E.L.; GONTIJO, E.C.D.M.; LIMA, L.A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 29, n. 1, p. 175-187, jan, 2013.

VILLAS-BÔAS, M. E.. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 3, n. 23, p. 513-23, 2015.

WALTON, J.; WHITE, J.; ROSS, S. What's on YOUR Facebook profile? Evaluation of an educational intervention to promote appropriate use of privacy settings by medical students on social networking sites. **Medical Education Online** [on-line], 2015.

WINKLE, J.M., LEGOME, E. Initial evaluation and management of penetrating thoracic trauma in adults. **UpToDate**. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-penetrating-thoracic-trauma-in-adults?search=ferimento%20por%20arma%20de%20fogo%20no%20torax&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H4933891. Acesso em 28 jun. 2022.

ZOPPI, D. Sepsis e choque séptico. **Revista QualidadeHC**, São Paulo, 2017.